

# **TESIS DOCTORAL**

---

## **El impacto psicológico de los sucesos vitales en personas mayores: el papel del pensamiento rumiativo, la evitación experiencial y el crecimiento personal**

---

Autora:

Virginia Fernández Fernández

Directores:

María Márquez González

Andrés Losada Baltar



Universidad Autónoma de Madrid

Facultad de Psicología

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud

Julio 2013



# TESIS DOCTORAL

---

## **El impacto psicológico de los sucesos vitales en personas mayores: el papel del pensamiento rumiativo, la evitación experiencial y el crecimiento personal**

---

Autora:

Virginia Fernández Fernández

Directores:

María Márquez González

Andrés Losada Baltar



Universidad Autónoma de Madrid

Facultad de Psicología

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud

Julio 2013



# ÍNDICE

## Página

Índice de tablas

Índice de figuras

### PARTE TEÓRICA

<b>Capítulo 1</b>	<b>El bienestar psicológico en el envejecimiento:</b>	
	<b>la adaptación a los sucesos vitales .....</b>	<b>1</b>
	Introducción.....	3
	....	
1.1.	Modelos teóricos basados en la adaptación a las pérdidas.....	5
1.1.1.	Primeras formulaciones teóricas sobre el envejecimiento	5
1.1.2.	Perspectiva del Ciclo Vital: modelo de Optimización Selectiva con Compensación (SOC) y desarrollos teóricos posteriores	7
1.2.	El bienestar psicológico durante el envejecimiento.....	10
1.2.1.	La depresión en las personas mayores	11
1.2.2.	Cambio de perspectiva en el estudio del bienestar psicológico: el enfoque eudimónico y el modelo de Carol Ryff	15
1.3.	Los sucesos vitales.....	18
1.3.1.	Definición	19
1.3.2.	El análisis de los sucesos vitales desde el modelo de estrés y afrontamiento	20
1.3.3.	Correlatos de los sucesos vitales relacionados con el bienestar psicológico a lo largo del ciclo vital	24
1.3.3.1.	Correlatos negativos de los sucesos vitales	24
1.3.3.2.	Correlatos positivos de los eventos vitales	28
1.3.4.	Los sucesos vitales como elementos fundamentales del Ciclo Vital: la adaptación a las pérdidas asociadas a la edad	30
1.3.4.1.	Las pérdidas afectivas	31
1.3.5.	Instrumentos de medida de sucesos vitales	32
1.4.	Sumario y reflexiones finales.....	37

<b>Capítulo 2</b>	<b>La regulación emocional en las personas mayores.....</b>	<b>41</b>
	Introducción.....	43
	....	
2.1.	Regulación emocional: operativización del constructo.....	44
2.2.	La regulación emocional en el contexto de la perspectiva del ciclo vital.....	47
2.3.	Estrategias de regulación emocional desadaptativa.....	51
2.3.1.	El estilo rumiativo	51
2.3.1.1.	Caracterización del constructo	51
2.3.1.2.	Modelos teóricos sobre la rumiación	57
2.3.1.3.	La rumiación en el marco de estudio del procesamiento emocional	62
2.3.1.4.	Rumiación y sucesos vitales	67
2.3.1.5.	Evaluación de la rumiación	69
2.3.2.	La evitación experiencial	70
2.3.2.1.	Caracterización del constructo	70
2.3.2.2.	Modelos teóricos explicativos de la evitación experiencial	76
2.3.2.3.	La evitación experiencial en el marco de estudio del procesamiento emocional	76
2.3.2.4.	La evitación experiencial y los sucesos vitales	78
2.3.3.	Rumiación y evitación experiencial: análisis de sus interrelaciones	79
2.4.	Regulación adaptativa de los sucesos vitales.....	81
2.4.1.	El crecimiento postraumático	81
2.4.1.1.	Conceptualización y marcos teóricos del crecimiento postraumático	81
2.5.	Reflexiones finales: el ajuste de metas como proceso de autorregulación a los sucesos vitales.....	87
 <b>Capítulo 3</b>	 <b>Intervenciones psicológicas en el proceso de duelo complicado en personas mayores: aportaciones de la terapia de aceptación y compromiso.....</b>	 <b>93</b>

Introducción	95
.....	
3.1 Conceptualización de las pérdidas y el proceso de duelo.....	95
3.1.1. El duelo normal	98
3.1.2. El duelo complicado	101
3.1.3. Correlatos negativos del duelo	108
3.1.4. La rumiación en el proceso de duelo	110
3.2 Intervenciones psicológicas en el proceso de adaptación a las pérdidas afectivas.....	
...	112
3.2.1. Intervenciones psicológicas desarrolladas	113
3.3 La Terapia de Aceptación y Compromiso como marco para la intervención en duelo complicado.....	117
3.3.1. Conceptualización y marco teórico	117
3.3.1.1. Procesos básicos de flexibilidad psicológica en el la Terapia de Aceptación y Compromiso	120
3.3.2. Eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento de la sintomatología depresiva	125
3.3.3. La Terapia de Aceptación y Compromiso con personas mayores	127
3.3.4. Terapia de Aceptación y Compromiso en el proceso de aceptación de las pérdidas afectivas	130
3.4 Síntesis.....	132
....	

## PARTE EMPÍRICA

<b>Capítulo 4   Objetivos e hipótesis.....</b>	<b>137</b>
Introducción.....	139
...	
4.1 Objetivos.....	139
...	
4.1.1. Objetivo general	139

4.1.2.	Objetivos específicos	140
4.1.2.1.	Estudio 1	140
4.1.2.2.	Estudio 2	141
4.2	Hipótesis.....	142
.	...	
4.2.1	Estudio 1	142
4.2.2	Estudio 2	147
 <b>Capítulo 5  Diseño y validación de las escalas de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales (EEIPSV).....</b>		
		<b>151</b>
	Introducción.....	153
	...	
5.1	Método.....	153
.	...	
5.1.1.	Participantes	153
5.1.2.	Variables e instrumentos	154
5.1.3.	Procedimiento	161
5.2	Análisis de	162
.	datos.....	
5.2.1.	Propiedades psicométricas de las escalas EEIPSV	162
5.2.2.	Análisis del papel del pensamiento rumiativo y el crecimiento personal asociado a sucesos vitales en la explicación de la sintomatología depresiva y el bienestar psicológico	166
5.2.3.	Análisis por perfiles psicológicos según las estrategias de regulación emocional empleadas	166
5.2.4.	Modelo explicativo para la sintomatología depresiva y el bienestar psicológico	167
5.3	Resultados.....	169
.	...	
5.3.1.	Diseño de las escalas de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales pasados (EEIPSV)	169
5.3.1.1.	Escala de ocurrencia de sucesos vitales	169
5.3.1.2.	Escala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales pasados	172



5.3.1.3.	Escala de crecimiento personal asociado a sucesos vitales	173
5.3.2.	Análisis psicométricos de las escalas de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales pasados	173
5.3.2.1.	Escala de ocurrencia de sucesos vitales	173
5.3.2.2.	Escala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales	180
5.3.2.3.	Escala de crecimiento personal asociado a sucesos vitales	190
5.3.3.	Relaciones entre las variables evaluadas	201
5.3.4.	Análisis por perfiles según las estrategias de regulación emocional empleadas	202
5.3.4.1.	Análisis de varianza con base en la clasificación por terciles	202
5.3.4.2.	Análisis de conglomerados para la identificación de perfiles	204
5.3.5.	Modelo explicativo para la sintomatología depresiva y el bienestar psicológico	210
5.3.5.1.	Análisis de regresión jerárquica	211
5.3.5.2.	Explicación del malestar psicológico a partir de ecuaciones estructurales	216
5.4	Discusión.....	221
.	...	
5.4.1.	Las Escalas de Evaluación del Impacto Psicológico de los Sucesos Vitales (EEIPSV)	221
5.4.1.1.	Escala de ocurrencia de sucesos vitales	224
5.4.1.2.	Escala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales	226
5.4.1.3.	Escala de crecimiento personal asociado a sucesos vitales	232
5.4.2.	Análisis de la relación entre los sucesos vitales, las variables de regulación emocional y el malestar psicológico	238
5.4.2.1.	Perfiles psicológicos de vulnerabilidad	240
5.4.2.2.	Modelo explicativo del malestar psicológico	243
	a) Modelo explicativo de la sintomatología depresiva	243
	b) Modelo explicativo del bienestar psicológico	245
	c) Modelo global de malestar psicológico	246
5.4.3.	Integración de los resultados obtenidos	258

5.4.4.	Implicaciones prácticas	262
5.4.5.	Limitaciones	267
5.4.6.	Futuras líneas de investigación	270
<b>Capítulo 6</b>	<b>Estudio 2: Intervención psicológica en duelo complicado a través de la terapia de aceptación y compromiso.....</b>	<b>275</b>
	Introducción	277
	.....	
6.1	Método.....	278
	.....	
6.1.1.	Participantes	278
6.1.2.	Variables e instrumentos	279
6.1.2.1.	Evaluación de los criterios de inclusión: entrevista telefónica	279
6.1.2.2.	Variables e instrumentos	279
6.1.2.3.	Evaluación de la significación clínica	285
6.1.2.4.	Evaluación de la implementación de la intervención	286
6.1.3.	Procedimiento	288
6.1.3.1.	Fase 1: Reclutamiento de participantes	288
6.1.3.2.	Fase 2: Entrevista telefónica	289
6.1.3.3.	Fase 3: Evaluaciones iniciales	289
6.1.3.4.	Fase 4: Aleatorización a las condiciones experimentales: grupo intervención y grupo control	289
6.1.3.5.	Condiciones de intervención	291
	a) Programa de intervención basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso	291
	b) Grupo control en formato lista de espera	294
6.1.3.6.	Fase 5: Evaluaciones post	294
6.2	Análisis de	295
	datos.....	
6.3	Resultados.....	297
	.....	
6.3.1.	Análisis de la distribución de la muestra	297

6.3.2.	Diferencias previas a la intervención entre grupo intervención y grupo control	299
6.3.2.1.	Diferencias en variables sociodemográficas	299
6.3.2.2.	Diferencias entre condiciones de intervención en variables mediadoras y de resultado	300
6.3.3.	Análisis de la eficacia de la intervención	300
6.3.3.1.	Diferencias entre el grupo de intervención y grupo control	302
6.3.3.2.	Análisis de la significación clínica de la intervención	311
6.3.3.3.	Evaluación de la implementación de la intervención	313
6.4	Discusión	318
	.....	
6.4.1.	Discusión de los resultados relativos a la eficacia de la intervención	318
6.4.2.	Implementación de la intervención	326
6.4.3.	Integración de los resultados	328
6.4.4.	Limitaciones	333
6.4.5.	Implicaciones prácticas de los resultados	336
6.4.6.	Líneas futuras de investigación	346
	<b>Conclusiones</b>	<b>343</b>
	<b>generales.....</b>	
	Referencias	349
	bibliográficas.....	
Anexo 1	Escala de Evaluación del Impacto Psicológico de Sucesos Vitales (EEIPSV)	393
Anexo 2	Protocolo de evaluación Estudio 1	397
Anexo 3	Entrevista telefónica Estudio 2	409
Anexo 4	Protocolo de evaluación del Estudio 2	413
Anexo 5	Protocolo de la evaluación de la implementación	CD
Anexo 6	Programa de Intervención	CD

## ÍNDICE DE TABLAS

Número de tabla	Título	Página
Tabla 3.1	Criterios para el duelo complicado (Prigerson et al., 1999)	103
Tabla 3.2	Criterios diagnósticos para el Duelo Complicado y Persistente en el DSM-V	105
Tabla 3.3	Resumen de modelos de las fases del duelo	107
Tabla 4.1	Objetivos generales, específicos, variables e instrumentos de evaluación del Estudio 2	149
Tabla 5.1	Características sociodemográficas de la muestra	154
Tabla 5.2	Variables e instrumentos	155
Tabla 5.3	Ítems utilizados para la escala EEIPSV	170
Tabla 5.4	Frecuencia de sucesos vitales	174
Tabla 5.5	Diferencia de medias en la ocurrencia de sucesos vitales positivos y negativos en la muestra global	175
Tabla 5.6	Diferencia de medias (t de Student para muestras independientes) en sucesos vitales positivos y negativos en función del sexo	175
Tabla 5.7	Diferencia de medias (ANOVA de un factor) en las puntuaciones de ocurrencia de sucesos vitales positivos y negativos en función del rango de edad	176
Tabla 5.8	Estadístico Eta para el cálculo de correlación biserial puntual de la ocurrencia de cada suceso vital con sintomatología depresiva y bienestar psicológico	176
Tabla 5.9	Concordancia entre jueces de la valencia de los sucesos vitales	177
Tabla 5.10	Correlaciones entre la ocurrencia de eventos vitales e indicadores de salud mental y física	179
Tabla 5.11	Coeficientes de regresión para sintomatología depresiva	179
Tabla 5.12	Coeficientes de regresión para bienestar psicológico	180
Tabla 5.13	Medias y desviaciones típicas de pensamiento rumiativo sobre cada sucesos vital en función del sexo y de la .sintomatología depresiva (CED-D)	181
Tabla 5.14	Correlaciones bivariadas entre pensamiento rumiativo sobre cada suceso vital y sintomatología depresiva y bienestar psicológico	184
Tabla 5.15	Índices de ajuste de la escala de pensamiento rumiativo (EPR)	185

<b>Número de tabla</b>	<b>Título</b>	<b>Página</b>
Tabla 5.16	Correlaciones de Pearson de las escalas de pensamiento rumiativo (EPR) y sus subescalas (EPR+ y EPR-) con la escala de Estilo Rumiativo	186
Tabla 5.17	Correlaciones bivariadas entre la escala de pensamiento rumiativo (EPR) y sus subescalas (EPR+ y EPR-) y las variables de malestar psicológico y bienestar emocional	186
Tabla 5.18	Explicación de la sintomatología depresiva a través del pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR+ y EPR-)	187
Tabla 5.19	Explicación del bienestar psicológico a través del pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR+ y EPR-)	188
Tabla 5.20	Diferencias de medias (prueba t para muestras relacionadas) en pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales positivos y negativos	188
Tabla 5.21	Diferencia de medias en puntuaciones de pensamiento rumiativo asociado a sucesos vitales positivos y negativos en función del rango de edad	189
Tabla 5.22	Diferencias de medias en la escala de pensamiento rumiativo (EPR) y sus subescalas (EPR+ y EPR-) en función del sexo	189
Tabla 5.23	Diferencias de medias en la escala de pensamiento rumiativo (EPR) y sus subescalas (EPR+ y EPR-) en función de la sintomatología depresiva	190
Tabla 5.24	Medias y desviaciones típicas de crecimiento personal asociado a cada suceso vital en función del sexo y de la sintomatología depresiva	191
Tabla 5.25	Correlaciones bivariadas de crecimiento personal asociado a cada suceso vital y sintomatología depresiva y bienestar psicológico	194
Tabla 5.26	Índices de ajuste de la escala de crecimiento personal (ECP)	195
Tabla 5.27	Correlaciones entre las escalas de crecimiento personal (ECP) y sus subescalas (ECP+ y ECP-) y la escala de Crecimiento Personal (Ryff)	196
Tabla 5.28	Correlaciones de la escala de crecimiento personal (ECP) y sus subescalas (ECP+ y EPR-) con variables de malestar psicológico y bienestar emocional	197
Tabla 5.29	Explicación de la sintomatología depresiva a través del crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP+ y ECP-)	197
Tabla 5.30	Explicación del bienestar psicológico a través del crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP+ y ECP-)	198

<b>Número de tabla</b>	<b>Título</b>	<b>Página</b>
Tabla 5.31	Diferencias de medias (prueba t para muestras relacionadas) en crecimiento personal asociado a sucesos vitales positivos y negativos	199
Tabla 5.32	Diferencia de medias en puntuaciones de crecimiento personal asociado a sucesos vitales positivos y negativos en función del rango de edad.	199
Tabla 5.33	Diferencias de medias en la escala de crecimiento personal (ECP) y sus subescalas (ECP+ y ECP-) en función del sexo	200
Tabla 5.34	Diferencias de medias en la escala de crecimiento personal (ECP) y sus subescalas (ECP+ y ECP-) en función de la sintomatología depresiva	201
Tabla 5.35	Correlaciones entre las variables estudiadas	202
Tabla 5.36	Diferencias de medias en sintomatología depresiva y bienestar psicológico en función del nivel en las variables de regulación emocional	203
Tabla 5.37	Análisis post-hoc para las variables de regulación emocional y las variables de resultado	204
Tabla 5.38	Descriptivos de los perfiles identificados	208
Tabla 5.39	Diferencia de medias en las variables resultado y ocurrencia de sucesos vitales positivos y negativos en función de los conglomerados	207
Tabla 5.40	Diferencias entre los perfiles identificados en sintomatología depresiva, bienestar psicológico, ocurrencia de sucesos vitales positivos y negativos	208
Tabla 5.41	Explicación de la sintomatología depresiva mediante regresión jerárquica	213
Tabla 5.42	Explicación del bienestar psicológico mediante regresión jerárquica	215
Tabla 5.43	Coeficientes de regresión no estandarizados para las variables analizadas	219
Tabla 5.44	Indicadores de ajuste del modelo propuesto	220
Tabla 5.45	Hipótesis planteadas relacionadas con el diseño y validación de las EEIPSV	222
Tabla 5.46	Relaciones estadísticamente significativas de las EEIPSV con las variables del estudio	238

<b>Número de tabla</b>	<b>Título</b>	<b>Página</b>
Tabla 5.47	Hipótesis relativas a la relación entre los sucesos vitales, las variables de regulación emocional y el malestar psicológico	239
Tabla 6.1	Criterios de inclusión para el programa de intervención	278
Tabla 6.2.	Variables evaluadas e instrumentos utilizados	280
Tabla 6.3	Criterios para la valoración de la realización de las tareas para casa	287
Tabla 6.4	Criterios para la cuantificación del número de tareas para casa	288
Tabla 6.5	Criterios para la cuantificación de la calidad de las tareas para casa	288
Tabla 6.6	Objetivos y contenidos de las sesiones	292
Tabla 6.7	Características sociodemográficas de las participantes	297
Tabla 6.8	Pruebas de normalidad y de homogeneidad de la muestra	298
Tabla 6.9	Diferencias previas a la intervención entre el grupo intervención y el control en variables sociodemográficas	299
Tabla 6.10	Contraste de medias en variables mediadoras y de resultado entre el grupo intervención y el grupo control antes y después de la intervención	301
Tabla 6.11	Análisis de varianza (ANOVA dos factores) de medidas repetidas para las variables estudiadas.	302
Tabla 6.12	Puntuaciones e Índice de cambio fiable en sintomatología depresiva y bienestar psicológico	312
Tabla 6.13	Información sobre la opinión de las participantes del programa de intervención sobre el programa	313
Tabla 6.14	Valoración de las participantes en el curso	314
Tabla 6.15	Diferencia de medias pre-post en conocimientos	315
Tabla 6.16	Cumplimiento de hipótesis del estudio en el grupo de intervención	319

## ÍNDICE DE FIGURAS

Número de figura	Título	Página
Figura 1.1	Modelo de clasificación de estresores psicosociales de Wheaton (1996)	21
Figura 2.1	Modelo adaptado de Lyubomirsky y Tkach (2006)	54
Figura 2.2	Modelo de rumiación y depresión propuesto por Papageorgiou y Wells (2003)	60
Figura 2.3	Modelo de rumiación y depresión propuesto por Papageorgiou y Wells (2003). Adaptación de Roelofs et al., (2007)	62
Figura 2.4	Modelo de procesamiento emocional (Baker, 2001)	64
Figura 2.5	Adaptación del Modelo de esquemas emocionales de Leahy (2004)	66
Figura 2.6	Estrategias de regulación emocional en el Modelo de procesamiento emocional (Baker et al., 2007)	77
Figura 3.1	Hexaflex: heurístico de los procesos de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)	121
Figura 5.1	Variables incluidas en el modelo de estrés propuesto	168
Figura 5.2	Distribución de frecuencias de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales	182
Figura 5.3	Distribución de frecuencias de crecimiento personal (ECP)	192
Figura 5.4	Puntuaciones medias en las variables de resultado por cada conglomerado	207
Figura 5.5	Modelo final para la explicación del malestar emocional	217
Figura 5.6	Variables mediadoras del impacto de los sucesos vitales negativos sobre el malestar psicológico	249
Figura 5.7	Efecto de mediación del estilo rumiativo/pensamiento rumiativo en la relación entre sucesos vitales negativos y la evitación experiencial	253
Figura 5.8	Efecto de mediación de la evitación experiencial en la relación establecida entre el estilo rumiativo y el malestar emocional	254
Figura 5.9	Mediación del estilo rumiativo sobre la relación entre la función física y el malestar emocional	257



<b>Número de figura</b>	<b>Título</b>	<b>Página</b>
Figura 6.1	Diagrama representativo del flujo de participantes a lo largo del estudio	290
Figura 6.2	Perfil de las puntuaciones medias en sintomatología depresiva	303
Figura 6.3	Perfil de las puntuaciones medias en bienestar psicológico	304
Figura 6.4	Perfil de las puntuaciones medias en malestar asociado a la pérdida	305
Figura 6.5	Perfil de las puntuaciones interferencia en la vida cotidiana relacionada con falta de motivación general	306
Figura 6.6	Perfil de las puntuaciones interferencia en la vida cotidiana relacionada con los pensamientos rumiativos sobre la pérdida	307
Figura 6.7	Perfil de las puntuaciones en interferencia en la vida cotidiana relacionada con la pérdida de actividades y reforzadores	308
Figura 6.8	Perfil de las puntuaciones en aceptación de la pérdida	308
Figura 6.9	Perfil de las puntuaciones medias en estilo rumiativo	310
Figura 6.10	Perfil de las puntuaciones medias en evitación experiencial	311
Figura 6.11	Asistencia a las sesiones del programa	315
Figura 6.12	Generalización de la información. Motivos de no haber realizado las "tareas para casa"	316
Figura 6.13	Generalización de la información. Cantidad de "tareas para casa"	317
Figura 6.14	Generalización de la información. Calidad de las "tareas para casa" realizadas	317

# PARTE TEÓRICA

---





## **CAPÍTULO 1**

# **El bienestar psicológico en el envejecimiento: la adaptación a los sucesos vitales**

---



## Introducción

---

En los últimos años, el envejecimiento poblacional ha generado un enorme interés tanto en el ámbito de la investigación como en el de la planificación e intervención sociopolítica, dadas sus importantes repercusiones de tipo económico y social. Así, la investigación en este ámbito es una de las que más se ha desarrollado en los últimos tiempos (Rodríguez, Rodríguez, Sancho y Díaz, 2012). No cabe duda de que las transformaciones sociodemográficas, el aumento de la esperanza de vida al nacer y el aumento de la longevidad han facilitado que las distintas subdisciplinas de la psicología (psicobiología, psicología básica, etc.), así como otras disciplinas (por ej., la economía o la medicina) hayan desarrollado un creciente interés en el estudio de los procesos de envejecimiento y la adaptación en las personas más mayores.

En términos demográficos, aproximadamente el 21% de la población supera los 64 años de edad a nivel mundial (Naciones Unidas, 2007) y, concretamente, el 17,4% en España (Abellán y Ayala, 2012). Estas cifras están en un claro y progresivo aumento, estimándose que, aproximadamente en 2049, un 31,9 % de la población española será mayor de 65 (Abellán y Ayala, 2012). Estos datos revelan la importancia de asegurar que este crecimiento poblacional y crecimiento de la esperanza de vida vaya acompañado, además, de unas adecuadas condiciones de salud física y psicológica, sociales y económicas (Rodríguez et al., 2012). Tradicionalmente, la edad se ha relacionado con la dependencia (Alegre, Ayuso, Guillén, Monteverde y Pociello, 2005), por lo que el crecimiento de la población mayor ha hecho saltar la alarma de las distintas políticas económicas y sociales (Rodríguez et al., 2012; IMSERSO, 2005). Por tanto, parece evidente la razón que explica el creciente interés por parte de los investigadores por el estudio de los factores de protección y prevención de la dependencia.

Situándonos ya en el marco de estudio de la gerontología y los procesos de adaptación implicados en ella, se han definido tres tipos de vejez, en función del tipo de adaptación que lleva a cabo la persona ante los cambios propios de esta etapa (Rowe y Kahn, 1987). Existiría, por un lado, la vejez normal, caracterizada por la ausencia de enfermedades físicas y psicológicas que puedan producir discapacidad. Por otro lado, la vejez patológica se caracterizaría por la presencia de alteraciones orgánicas o psicológicas que producen discapacidad. Por último, se ha definido la vejez competente como aquella caracterizada por la participación e implicación en roles significativos y en actividades que dan a la persona mayor satisfacción y sentido de su existencia. Fernández-Ballesteros, Moya-Fresneda,

Íñiguez-Martínez y Zamarrón (1999) consideraron este último tipo de envejecimiento como el resultado de la puesta en marcha de respuestas adaptativas que la persona mayor es capaz de dar ante los cambios físicos que van ocurriendo con el paso del tiempo, y frente a los factores psicosociales estresantes que se presentan en esta etapa del ciclo vital.

Uno de los aspectos clave que definen el envejecimiento desde cualquier disciplina es el concepto de cambio. Los cambios asociados al envejecimiento se producen en todas las áreas de la vida de las personas: en el funcionamiento biológico-físico, en el psicomotriz, en el desempeño intelectual y cognitivo, en la salud, la afectividad, las relaciones sociales, la familia, la identidad personal, las metas y objetivos vitales y los escenarios y oportunidades sociales (Baltes, Linderberger y Staudinger, 1998; Brennan y Bally, 2007; Labouvie-vief y Diehl, 1999; Ouwehand, de Ridder, Bensing, 2007; Vaillant y Mukamal, 2001). Todos estos cambios –que en su mayoría implican pérdidas– que experimentan las personas a medida que envejecen representan desafíos que afrontar, ante los cuales, los individuos deben aplicar estrategias que les permitan adaptarse a ellos.

Resulta evidente que la población mayor está sometida, con mayor frecuencia que otros grupos de edad, a situaciones problemáticas que están fuera de su control, tales como la enfermedad crónica, la muerte de familiares y amigos, la discapacidad e incluso la cercanía a la propia muerte (Rodin, 1986). Además, al implicar, en la mayor parte de las ocasiones, cambios inevitables e inmodificables, estas situaciones exigen de las personas la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento y adaptación efectivas centradas en el control del estrés emocional o, en terminología de Lazarus y Folkman (1987), estrategias de afrontamiento centradas en la emoción o autorregulación (Lazarus y Folkman, 1987).

Por esta razón, los principales modelos gerontológicos desarrollados en el ámbito de la psicología, interesados en comprender el bienestar psicológico en la vejez, se han centrado en gran medida en analizar y explicar los mecanismos implicados en la adaptación a los cambios o pérdidas que van teniendo lugar a lo largo del ciclo vital. A continuación, se revisan brevemente estos modelos.



## **1.1. Modelos teóricos basados en la adaptación a las pérdidas**

---

En el ámbito de la investigación psicológica sobre el envejecimiento, y durante el último medio siglo, se viene desarrollando el enfoque del Ciclo Vital (Baltes, Reese y Lipsitt, 1980). Este enfoque está integrado por los trabajos de diversos autores (Baltes y Baltes, 1990; Carstensen, 1995; Neugarten, 1968; Schaie, 1967) que plantean el estudio del envejecimiento como un proceso integrado en el conjunto de la trayectoria vital humana. Desde esta perspectiva se asume que los elementos integradores del proceso de desarrollo humano son tres: a) la biología: procesos maduracionales y de envejecimiento biológico; b) la cultura: procesos de socialización y aprendizaje social; y c) el propio individuo en desarrollo, cuyas elecciones y cursos de acción, guiados por sus objetivos y metas (procesos volicionales o motivacionales), tienen un papel principal en el moldeamiento de su propio desarrollo (Staudinger y Lindenberger, 2003). Esta perspectiva enfatiza la importancia de los factores psicológicos de la persona (capacidad de acción, autorregulación y afrontamiento de las pérdidas) en el moldeamiento de su proceso de envejecimiento (Baltes y Schaie, 1973; Maddox, 1964).

A continuación, se describen brevemente las principales formulaciones teóricas desarrolladas desde esta perspectiva. Antes de ello, se presenta una breve revisión de las primeras teorías psicológicas sobre el envejecimiento, anteriores a la perspectiva del Ciclo vital.

### **1.1.1 Primeras formulaciones teóricas sobre el envejecimiento**

Una de las primeras teorías sobre el desarrollo psicológico a lo largo de la vida fue la desarrollada por Erik Erikson (1963), quien plantea una visión del ciclo vital entendida como una secuencia de crisis o conflictos vitales en las que el Yo se ha de enfrentar a ciertos compromisos y demandas sociales. Se plantea que si el individuo es capaz de resolver adecuadamente cada una de las crisis en las que se ve inmerso adquirirá unas cualidades y recursos que le permitirán ir superando las siguientes amenazas. De este modo, el envejecimiento se contempla como un proceso abierto, escenario del surgimiento tanto de pérdidas como de ganancias, en función de cómo se resuelvan cada una de esas crisis vitales (Erikson, 2000). Concretamente, Erikson (1982) plantea la existencia de ocho etapas

distintas en el desarrollo humano, destacando que a partir de los 60 años se iniciaría la etapa correspondiente a la integridad del yo (frente a la desesperación). En dicha etapa, el dilema evolutivo para la persona es llevar a cabo una importante reflexión sobre la vida que ha tenido y las decisiones que ha tomado. Si la conclusión de tal reflexión es negativa, surgirán probablemente emociones y autoevaluaciones negativas, asociadas a los remordimientos y/o sentimientos de arrepentimiento, por la evidente dificultad de volver a afrontar aquellas situaciones de otro modo. Si, por el contrario, el balance realizado es positivo, la persona siente una satisfacción que puede dar lugar a una integración de su vida como un todo con significado, pudiendo adquirirse entonces la cualidad de la sabiduría.

Otra de las primeras y más influyentes formulaciones sobre el envejecimiento fue la Teoría de la Actividad de Havighurst (1963), quien conceptualiza el desarrollo humano, de modo similar a Erikson, asumiendo que en cada fase vital existen unas tareas características del desarrollo que nacen de la interacción entre el desarrollo biológico, el contexto histórico-social, la personalidad de cada uno y las metas individuales. Así, para Havighurst (1972), las tareas correspondientes a la etapa de la vejez serían fundamentalmente las relativas a los procesos de adaptación al declive biológico, la jubilación, la muerte de la pareja y viudedad y los roles sociales, así como la potenciación del grupo social al que el individuo pertenece, el desarrollo de nuevos roles y el mantenimiento de la actividad. Específicamente, para este autor, la vejez exitosa estaría en función de: a) el nivel de actividad en el que se implicaba la persona; 2) la capacidad para desligarse de determinadas actividades o metas que ya no son alcanzables; 3) la satisfacción con la vida; y 4) la madurez o integración de la personalidad (Cavan, Burgess, Havighurst y Goldhamer, 1949).

Por otro lado, otra de las teorías iniciales en el estudio del envejecimiento fue la teoría de la desvinculación (Cumming y Henry, 1961), que plantea el envejecimiento como un proceso de aislamiento y alejamiento social con respecto a los vínculos emocionales, como consecuencia de las pérdidas producidas en esta etapa vital. Según esta teoría, las personas irían reduciendo sus roles más activos, sus actividades y la intensidad y frecuencia de sus relaciones sociales para centrarse, cada vez más, en la propia reflexión personal e individual. No cabe duda de que esta teoría plantea un modelo de envejecimiento negativo, quizá poco coherente con las perspectivas y evidencias actuales. Desde el inicio de su formulación, recibió abundantes críticas, siendo una de las principales, la constatación de que las personas mayores continúan con un papel activo en la sociedad en esta etapa vital (Merriman, 1984).

### **1.1.2. Perspectiva del Ciclo Vital: modelo de Optimización Selectiva con Compensación (SOC) y desarrollos teóricos posteriores**

Desde finales de los años 70 se va fraguando la perspectiva del desarrollo a lo largo del Ciclo Vital (Baltes et al., 1980; Baltes, 1987; 1997; Baltes y Baltes, 1990; Baltes et al., 1998). Como ya se ha comentado, este enfoque plantea que el envejecimiento ha de ser estudiado como un proceso integrado en la trayectoria vital humana y sugiere que el desarrollo humano estaría integrado por procesos de tipo biológico (procesos maduracionales), cultural (por ej., socialización) y personal (elecciones y acciones guiadas por las metas personales) (Staudinger y Lindenberger, 2003).

El modelo teórico paradigmático del enfoque del ciclo vital es el modelo de la Optimización Selectiva con Compensación (SOC), propuesto por Baltes y Baltes (1990) y centrado específicamente en la explicación de los procesos implicados en la adaptación de las personas a lo largo de todo el ciclo vital. Según el modelo SOC, el desarrollo humano es un sistema cambiante y dinámico de interacción entre pérdidas y ganancias, siendo la adaptación el resultado del balance llevado a cabo por la persona entre el conjunto de tales pérdidas y ganancias (Baltes, Staudinger y Lindenberger, 1999). Aunque las pérdidas y las ganancias se producen a lo largo de todo el ciclo vital, es en la vejez cuando las pérdidas se dan en mayor medida (Baltes et al., 1999). Por tanto, asumiendo que, a medida que se envejece, las pérdidas (por ej., pérdida de roles –derivada de la jubilación o la viudedad-) se hacen más presentes que las ganancias, puede entenderse que en el envejecimiento hayan cobrado más importancia los procesos de adaptación a tales pérdidas, junto a los relacionados con el mantenimiento de las ganancias conseguidas hasta el momento.

El modelo SOC plantea que en el desarrollo evolutivo existirían tres metas fundamentales (Baltes et al., 1999): a) el crecimiento, más potenciado en la infancia y caracterizado por los comportamientos destinados a alcanzar niveles más elevados de funcionamiento o de capacidad adaptativa; b) el mantenimiento, escasamente potenciado en la infancia, pero que, según avanzan los años, va cobrando mayor importancia y está caracterizado por comportamientos destinados a mantener el nivel de funcionamiento actual a pesar de la presencia de desafíos u amenazas; y c) la regulación de la pérdida, la meta que mayor interés cobra en la etapa de la vejez, y que es entendida como la reorganización del funcionamiento de la persona tras una pérdida de recursos externos o internos y que supone la imposibilidad de continuar manteniendo los niveles de funcionamiento óptimos anteriores. Cabe destacar que, si bien las tres metas están

presentes a lo largo de toda la vida, se produce un cambio en el número de recursos que se dedican a para cada una de ellas según la etapa vital en la que se encuentra la persona. Así, en la vejez predominan los procesos de mantenimiento de los logros obtenidos y de prevención de pérdidas y, cuando esto no es posible, se ponen en marcha mecanismos de reajuste o adaptación a tales pérdidas (Baltes y Carstensen, 2002; Brandtstädter y Rothermund, 2002). Para lograr dicha adaptación de forma satisfactoria y hacer frente con éxito a las situaciones vitales cambiantes que transcurren a lo largo de su vida, la persona debe poner en marcha estrategias de selección, optimización y compensación, procesos de autorregulación que le permiten ir realizando un ajuste flexible de metas y roles significativos a medida que se van produciendo los cambios y pérdidas.

Las estrategias de selección implican la reformulación de las metas y las preferencias del desarrollo, priorizando metas y áreas de acción que la persona domina, y dejando de lado otras que suponen una mayor limitación de recursos personales (por ej., seleccionar un tipo de actividades culturales y no otras, en función de las dificultades físicas que tiene cada persona). Las estrategias de optimización suponen el perfeccionamiento y potenciación de los recursos preservados que contribuyen conseguir las metas previstas. Permiten la mejora de las facetas de la vida de la persona o el establecimiento de nuevos recursos que resultan útiles para alcanzar objetivos (por ej., de las actividades culturales elegidas, mantenerse activo y competente en su desarrollo y potenciación). Por su parte, la compensación está relacionada con la respuesta a una ausencia, limitación o pérdida de un recurso que es relevante para la consecución de las metas evolutivas, y se dirige a la recuperación y mantenimiento del nivel funcional o del estatus bio-psico-social vigente hasta el momento. Implica poner en marcha procesos y estrategias que proporcionen nuevos recursos (o reconstruyan los antiguos) que sustituyan los que se han perdido para, con ellos, proponer nuevas metas o cambiar las anteriores. En este proceso se movilizan recursos, capacidades y habilidades que han permanecido latentes en el repertorio conductual de la persona (por ej. el uso de ayudas externas, del tipo gafas para leer).

Pese a la orientación a las pérdidas de este enfoque, se asume que, pese a ellas, existen procesos de cambio personal en la vejez, motivados por el deseo de mejora basado, a su vez, en un proceso de reflexión personal sobre la propia vida (Staudinger, 2001), así como en la planificación de nuevas metas futuras (Smith, 1999). Se concede una importancia central a los mecanismos motivacionales y afectivos que facilitan el que las personas desarrollen las pautas de acción necesarias para seguir implicadas en la persecución de metas y objetivos significativos y para regular las emociones que surgen en el proceso de adaptación (Carstensen, 1995).

A partir del modelo SOC, y en clara conexión con éste, se han desarrollado otras formulaciones teóricas en el marco de la perspectiva del Ciclo Vital. Una de estas aportaciones es la Teoría del Desarrollo Intencional (Brandtstädter y Greve, 1994; Brandtstädter y Rothermund, 2002), que plantea que el bienestar de las personas depende en gran medida de la distancia entre el estado actual y las metas deseadas y propuestas. Esta teoría plantea las metas evolutivas como representaciones sobre estados futuros que la persona pretende alcanzar y que constituyen un aspecto crucial del propio autoconcepto, así como un recurso esencial para la adaptación a los cambios, que se hace efectivo a través de las acciones de las personas y de su capacidad de autorregulación ante los cambios y pérdidas acontecidas en su vida. El modelo plantea que las estrategias de adaptación serían las siguientes: a) estrategias de asimilación, a través de las cuales las personas transforman el entorno para hacer efectivas sus metas propuestas, acercando la situación actual a las metas previamente establecidas o alejándola de los estados no deseados, y b) estrategias de acomodación, a través de las cuales se acercan las propias metas a la situación real, reajustándolas y dirigiendo los comportamientos a conseguir dicho cambio, necesario tras la ocurrencia de cambios irreversibles en el entorno (Brandtstädter y Rothermund, 2002). El empleo de unas u otras estrategias depende de factores como la percepción de competencia personal, los recursos con los que cuenta la persona, la importancia de la meta que está siendo amenazada o el grado de irreversibilidad de una situación. Dada la naturaleza irreversible de muchos de los cambios en el envejecimiento, se da un mayor uso de estrategias de acomodación respecto a las de asimilación (Brandtstädter, Wentura y Greve, 1993).

Por otro lado, la Teoría del Control a lo largo del Ciclo Vital (Heckhausen y Schulz, 1995; Schulz y Heckhausen, 1997) aboga por combinar los planteamientos del modelo SOC con los conceptos psicológicos de control primario y secundario (Rothbaum, Weisz y Snyder, 1982). Este planteamiento teórico sitúa como elemento clave del desarrollo la motivación por el control primario, consistente en la manipulación del entorno para cubrir las propias necesidades y potenciar el desarrollo. En la medida en que este control no es viable (por barreras biológicas o sociales) se pone en marcha el control secundario, según el cual la persona modificaría aspectos personales, relacionados con su experiencia interna (metas o emociones) para ajustarse al medio en el que vive. Ambas estrategias de control mantienen un claro paralelismo con las estrategias de adaptación propuestas por Brandtstädter, pudiendo identificarse el control primario con las estrategias asimilativas y el control secundario con las estrategias de acomodación.

Por último, es pertinente destacar la Teoría de la Selectividad Socioemocional (TSS; Carstensen, 1992; Baltes y Carstensen, 2002) sobre el desarrollo social y emocional en la vida adulta y la vejez. La TSS plantea que las relaciones sociales están íntimamente relacionadas con la satisfacción vital. Las personas buscan actividad y contacto social a lo largo de toda su vida, pudiendo hacerlo por dos tipos de razones o metas (Carstensen, 1987; 1998): a) por un deseo de búsqueda de información, crecimiento y aprendizaje, a través del cual la persona adquiere más competencias en habilidades y conocimientos y b) por el deseo de regulación de las emociones y del apoyo emocional, con objeto de evitar estados emocionales negativos. Estas razones van cambiando con la edad, siendo las metas relacionadas con el aprendizaje las prioritarias en la juventud, y las relativas a la regulación emocional las que mayor importancia cobran en la vejez. Así, en la vejez se pasa a una concentración más selectiva de las relaciones sociales más positivas emocionalmente, de modo que, durante el envejecimiento, las personas irían poco a poco alejándose de las relaciones más superficiales y conflictivas para intensificar las interacciones con los familiares y amigos más íntimos (Carstensen, 1992; 1998). De este modo, las personas, a medida que envejecen, van modificando y adaptando su entorno social de un modo que facilite su regulación emocional y optimice el apoyo emocional obtenido.

## 1.2. El bienestar psicológico durante el envejecimiento

---

Además de los planteamientos teóricos descritos previamente en marco de estudio del desarrollo vital, otro de los pilares en los que se basan las hipótesis de este trabajo está fundamentado en el fenómeno conocido como paradoja del bienestar. Mroczek y Kolarz (1998) definieron esta paradoja como “la presencia de niveles elevados de bienestar ante dificultades objetivas o factores de riesgo contextual o sociodemográfico que intuitivamente deberían predecir infelicidad” (p. 1333). Esto es, pese al mayor número de amenazas y dificultades (por ej., pérdidas) que se experimentan en la vejez, se experimentan altos niveles de bienestar. De acuerdo con diferentes autores, la explicación de esta paradoja podría tener que ver con que la acumulación de experiencias vitales potencia en las personas la capacidad de mantener un balance adecuado ante sus emociones positivas y negativas, lo que conllevaría a mantener unos niveles adecuados de bienestar emocional (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985; Lawton, 1996). Este fenómeno, sin embargo, no se ha confirmado en nuestro país. Así, Márquez-González, Izal, Montorio y Losada (2008) encontraron que las personas mayores presentaban niveles inferiores de satisfacción con la

vida que las jóvenes. En relación con esto, Fernández-Ballesteros, Fernández, Caprara y Botella (2010), señalaron cómo la identificación de diferencias entre jóvenes y mayores en relación al balance emocional estaba condicionada al tipo de parámetro empleado en su evaluación.

Si bien esta tesis doctoral tiene como punto de partida los planteamientos teóricos hasta ahora revisados, los cuales subrayan la capacidad de las personas mayores para adaptarse de forma efectiva al envejecimiento a través de, entre otros mecanismos, estrategias adecuadas de regulación emocional, no se puede negar que un alto porcentaje de personas mayores no son capaces de llevar a cabo tal adaptación y mantener un nivel adecuado de bienestar emocional y, en numerosas ocasiones, se ven inmersas en procesos depresivos que comienzan, en muchos casos, a raíz de pérdidas emocionales. Por esta razón, uno de los mayores intereses en el ámbito de la gerontología, desde la perspectiva psicológica, ha sido el análisis del malestar emocional y los factores que lo moldean. Concretamente, Blazer (2003) ha señalado que el estado de ánimo depresivo se puede considerar como la manifestación de malestar emocional más frecuente en la población mayor, la cual contribuye al desarrollo y mantenimiento de niveles bajos de calidad de vida en estas personas (Porensky et al., 2009; Blazer, 2003). La depresión ha sido un fenómeno extensamente estudiado en la población mayor dado que, aun presentando esta población tasas de prevalencia algo inferiores a otros grupos de edad, supone un problema de evidente importancia para la salud pública (Fiske, Wetherell y Gatz, 2009). Además, mientras que para la población adulta general se ha estimado que la depresión constituirá la segunda causa de discapacidad en todo el mundo para el año 2020 y la causa principal para las mujeres en países desarrollados (Murray y López, 1997), la Organización Mundial de la Salud considera ya a la depresión como la principal causa de discapacidad entre las personas mayores (OMS, 2002).

En el apartado siguiente, se explora este fenómeno en mayor detalle.

### **1.2.1. La depresión en las personas mayores**

Una de las manifestaciones más frecuentes de malestar psicológico en las personas mayores es, sin lugar a dudas, la depresión. Tal y como ya señaló la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) “los problemas mentales serán la plaga del siglo XXI”. Así, se prevé que en el año 2020 será la depresión la mayor causa de sufrimiento y discapacidad en la población (OMS, 1996). Aunque la depresión es el trastorno psicológico más habitual

encontrado en las personas mayores de 65 años, no resulta fácil dar cifras reales sobre su epidemiología. Los estudios de prevalencia internacional sugieren que se da con menor frecuencia en las personas mayores que en otros grupos de edad (Blazer, 2003; Hasin, Goodwin, Stinson y Grant, 2005; Kobau, Safran, Zack, Moriaty y Chapman, 2004; Sütterlin, Paap, Babic, Kübler y Vögele, 2012). Sin embargo estos datos han de ser tomados con cautela por las dificultades de medición de la depresión en la población mayor, y más concretamente en nuestro país. El estudio EURODEP (1999), realizado entre nueve países europeos, entre ellos España, propuso una prevalencia de la depresión de entre un 8,8 y un 23,6%. Concretamente en España, Lobo, Saz, Marcos y Día (1995) ofrecieron unas cifras más bajas, con una prevalencia de distimia de 1,3% y de trastornos adaptativos de un 2,5%. Si bien los estudios epidemiológicos dan cifras muy dispares, sí parece existir una “falsa” baja prevalencia de depresión en personas mayores, debida fundamentalmente a problemas metodológicos, tales como la dificultad de evaluar algunos de los síntomas más específicos de la depresión en la población mayor, tales como los somáticos. Además, concretamente en nuestro país, los datos cambian significativamente en función del escenario de evaluación que planteemos. En este sentido, si los estudios son realizados en población mayor hospitalizada o institucionalizada –factor que constituye en sí mismo un factor de riesgo para la depresión–, los datos de prevalencia se disparan, situándose entre un 30 y un 75% de personas mayores institucionalizadas, presentarían síntomas depresivos, o entre un 11 y un 45% en personas hospitalizadas (Gil, Martín, Agüera, Francés, Gayoso y Sánchez, 2004).

En cualquier caso, su relevancia y efectos en la vejez son innegables debido a, por un lado, la importante presencia de depresión subclínica en este grupo de población, tal y como ya señalaron Carstensen, Edelstein y Dornbrand (1996) y, por otro, por su fuerte asociación con el incremento de otras patologías (Blazer, 2003) o discapacidad (Murray y López, 1997).

Los efectos perjudiciales de la depresión han sido señalados en numerosas ocasiones. Por ejemplo, se ha mostrado fuertemente asociada a altos niveles de discapacidad (Brenes, Penninx, Judd, Rockwell, Sewell y Wetherell, 2008; Wetherell, Kaplan, Kallenberg, Dresselhaus, Sieber y Lang, 2004), con el incremento de riesgo de suicidio, con niveles inferiores de funcionamiento físico, cognitivo y social, y con el incremento de mortalidad (Blazer, 2003).

De forma específica, desde un punto de vista biológico, la depresión se ha encontrado como un factor de riesgo para el desarrollo de numerosas patologías médicas como la diabetes (Engum, 2007, Goldin, McRae, Ramel y Gross, 2008), la demencia (Alexopoulos, 2005, Schweitzer, Tuckwell, O’Brien y Ames, 2002) o la agudización de otras patologías



como la enfermedad cardiovascular (Krishnan, 2002). Tal y como concluyen Fiske et al. (2009), la depresión se asocia con factores vasculares, neuroanatómicos e inflamatorios de riesgo para la salud física (Fiske et al., 2009). La íntima relación entre la depresión y la enfermedad también se produce en sentido inverso: la enfermedad es un claro factor de riesgo para el desarrollo de la depresión. En este sentido, por ejemplo, los problemas de sueño, así como otros problemas de salud (Pell, 1986) o, de forma específica, las enfermedades crónicas (Dobbie y Mellor, 2008; Lloyd, 2008) muestran como un factor de riesgo para el desarrollo de depresión en las personas mayores (Cole y Dendukuri, 2003).

En el ámbito de la psicología cognitiva también se han llevado a cabo estudios que han mostrado cómo las personas que desarrollan episodios depresivos en la vejez (fenómeno conocido como depresión tardía) muestran una mayor probabilidad de desarrollar déficits cognitivos, especialmente en funciones ejecutivas, o demencias (Schweitzer, et al., 2002).

La investigación en psicología ha señalado diferentes factores de riesgo para el incremento en los niveles de depresión en personas mayores (Fiske et al., 2009), tales como, por ejemplo, el neuroticismo (Kendler, Gatz, Gardner y Pedersen, 2006; Nolen-Hoeksema, y Ahrens, 2002), la indefensión aprendida, en virtud de la cual las personas mayores se deprimen a partir de su escaso control sobre su propio entorno cambiante (Blazer, 2002), la interpretación negativa de los sucesos vitales, que produce en las personas mayores bien, expectativas poco realistas sobre las nuevas situaciones, o bien, exageración en la interpretación de los sucesos, las distorsiones cognitivas (Beck, 1967), altos niveles de necesidad de aprobación social y altos niveles de control externo (Devanand, Kim, Paykina y Sackeim, 2002).

Los factores sociales y económicos también han recibido una especial atención como factores de riesgo para la depresión. Así, por ejemplo, el apoyo social (Martire, Stephens, Druley y Wojno, 2002; Nolen-Hoeksema y Ahrens, 2002), los factores económicos (Fiske, Gatz y Pedersen, 2003; Mojtabai y Olfson, 2004) o los eventos vitales estresantes (de los que se hablará detenidamente más adelante) se han mostrado como factores de riesgo en el desarrollo de la depresión en personas mayores.

De acuerdo con la clasificación de Robinson y Alloy (2003), existen dos grandes grupos de teorías explicativas de la depresión que cobran especial interés en este trabajo. En el primer grupo, se señalan las teorías que ponen el énfasis en la vulnerabilidad cognitiva ante el estrés, subrayando la importancia del contenido de las cogniciones que se desarrollan en respuesta a los eventos negativos que ocurren en la etiología de la depresión. Las teorías que representan esta formulación son la teoría cognitiva de Beck (1967) y la

teoría de la desesperanza (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989). Específicamente, la Teoría de Beck (1967) destaca la relevancia del papel de los pensamientos y actitudes disfuncionales como las variables que predicen la vulnerabilidad para el desarrollo de la depresión de las personas. Por su parte, la teoría de la depresión por desesperanza (Abramson et al., 1989) es un modelo cognitivo de vulnerabilidad-estrés según el cual las personas que poseen estilos inferenciales negativos tienen un mayor riesgo que las personas sin dicha vulnerabilidad para desarrollar síntomas depresivos, especialmente asociados a la experimentación de sucesos vitales negativos. La vulnerabilidad no es suficiente para desarrollar síntomas depresivos, siendo necesaria la presencia de sucesos vitales negativos. Estos autores han desarrollado numerosos trabajos que apoyan la propuesta de que las personas más vulnerables cognitivamente presentan, en mayor proporción, síntomas depresivos ante la presencia de los eventos vitales negativos, frente a aquellos sujetos con menor vulnerabilidad cognitiva (Metalsky y Joiner, 1992; Metalsky, Joiner Hardin y Abramson, 1993).

El segundo grupo de teorías cognitivas explicativas de la depresión identificado por Robinson y Alloy (2003) incluye teorías como las de Carver y Scheier (1981), Duval y Wicklund (1972) y Pyszczynski y Greenberg (1987), que se caracterizan por dar una mayor relevancia al rol de autofocalización de la atención (funcional o disfuncional) a las respuestas depresivas. Estas teorías proponen que la discrepancia entre un estado real y el ideal de las personas, producida por los eventos vitales, puede conducir a la depresión. Cuando esta discrepancia se produce, se ponen en marcha mecanismos de autofocalización como estrategias de afrontamiento que buscan reducir la discrepancia. Cuando dichos mecanismos fallan y no logran tal objetivo se facilita el desarrollo de un episodio depresivo (Robinson y Alloy, 2003).

También se han desarrollado aproximaciones como la de Nolen-Hoeksema (1991), que tratan de integrar ambas perspectivas destacando tanto la relevancia del contenido negativo de las cogniciones como la importancia de la autofocalización en los síntomas (lo que esta autora identifica como rumiación, y que en el capítulo 2 se desarrollará más extensamente). Esta autora propone que los individuos que tienen un estilo de respuesta rumiativo, entendido como una variable disposicional (de vulnerabilidad), cuando comienzan a desarrollar sus primeros síntomas depresivos se focalizan en ellos, así como en sus causas y consecuencias, lo que contribuye a intensificar los síntomas y la duración de los estados depresivos (Nolen-Hoeksema, 1991). Esta teoría ha recibido gran apoyo desde su aparición (Garnefski y Kraaij, 2006; Just y Alloy, 1997; Nolen-Hoeksema y Davis, 1999;

Nolen-Hoeksema, Morrow y Frederikson, 1993) y presenta una relevancia especial en este trabajo.

### **1.2.2. Cambio de perspectiva en el estudio del bienestar psicológico: el enfoque eudaimónico y el modelo de Carol Ryff**

Tradicionalmente, el estudio del bienestar en la vejez ha estado dirigido al objetivo de analizar los mecanismos psicológicos que se encontraban alterados o eran deficitarios, y que podrían estar desarrollando y manteniendo el malestar emocional. Las propuestas tradicionales del estudio del bienestar, implicadas en el origen y el mantenimiento del malestar emocional -con el fin último de reducirlo-, han estado centradas en el concepto de satisfacción con la vida, y con las experiencias subjetivas de felicidad, entendida ésta, fundamentalmente, como el balance global entre emociones positivas y negativas o entre situaciones de placer y displacer (Diener y Lucas, 1999). Desde esta perspectiva, se han propuesto acciones dirigidas a reducir o eliminar los mecanismos psicológicos deficitarios (por ej., pensamientos disfuncionales) para que, con ello, se produjese una mejora del estado de ánimo de la persona. Es decir, desde este planteamiento del bienestar hedónico, la mejora en el estado de ánimo se vería influida, fundamentalmente, por la desaparición de las alteraciones presentes en las personas, y no tanto a través del fomento y activación de otras facetas o áreas personales potenciales de mejora del estado de ánimo.

Sin embargo, existe otra corriente de estudio del bienestar que, basada en concepciones clásicas tales como la auto-actualización (Maslow, 1968), el funcionamiento pleno (Rogers, 1961) o la madurez (Allport, 1961), plantea una perspectiva sobre este constructo más completa y óptima, más allá de la mera ausencia de aspectos negativos en la persona. En este sentido, desde hace algunos años la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya ha venido considerando la salud como un concepto que va más allá de la ausencia de enfermedad: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o de minusvalía. La salud es un recurso de la vida cotidiana, no el objetivo de la vida. Es un concepto positivo que subraya los recursos sociales y personales así como las capacidades físicas” (OMS, 1986). En este sentido, algunos autores como Seligman y Csikszentmihalyi (2000) señalan que la focalización exclusiva en lo negativo, hasta la fecha, ha llevado a asumir un modelo de la existencia humana que ha olvidado e incluso negado las características positivas del ser humano (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Por tanto, con todo lo planteado hasta el momento, parece que, en el proceso de estudio y fomento del bienestar de las personas mayores, el planteamiento hedónico no parece ser suficiente para la comprensión y explicación de los procesos implicados en el bienestar en esta etapa vital, cargada de sucesos vitales como pérdidas personales y sociales, que podrían debilitar el autoconcepto de las personas así como sus metas y valores vitales. Más bien, algunos de los elementos clave en los procesos de adaptación a dichas pérdidas y a los cambios asociados a esta etapa vital giran en torno a la reconstrucción de roles sociales, la adaptación flexible de metas y la búsqueda de crecimiento y de significado sobre los sucesos negativos irrevocables que les depara su etapa vital.

Una perspectiva que encaja muy bien con la perspectiva del bienestar eudaimónico es la desarrollada por Carol Ryff (1989), que proporciona un marco interesante para el estudio y la intervención sobre el bienestar de las personas mayores. Frente a la perspectiva hedónica del bienestar, claramente predominante en el enfoque de la investigación y la intervención clínica en las últimas décadas, y que, como ya se ha señalado, hace referencia, entre otros aspectos, al balance favorable de emociones positivas y negativas y (Diener y Seligman, 2002; Pinquart y Sörensen, 2001; Zamarrón, 2006), desde un enfoque eudaimónico se ha definido el bienestar psicológico como “el proceso y consecución de aquellos valores que nos hacen sentir vivos y auténticos, que nos hacen crecer como personas y no tanto en las actividades que nos dan placer o nos alejan del dolor” (Villar, Triadó, Solé, y Osuna, 2003; p.154). Por lo tanto, esta perspectiva, más allá de procurar reducir el malestar psicológico como pretende la perspectiva hedónica, se centra en la búsqueda de la promoción del bienestar integral de la persona (Deci y Ryan, 1958; Ryan y Deci, 2001; Ryff, 1989, 1991; 1995; Villar et al., 2003). Ryff y sus colaboradores (Ryff, 1995; Ryff y Singer, 2008) plantearon que existen seis dimensiones que englobarían el bienestar psicológico o eudaimónico: propósito en la vida (objetivos vitales que permitan dar sentido a la vida), dominio del entorno (habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias), crecimiento personal (empeño por desarrollar las potencialidades y seguir creciendo como persona), relaciones positivas con otras personas (mantenimiento de relaciones estables y confiables), autoaceptación (sentirse bien consigo mismo, actitudes positivas hacia uno mismo) y autonomía (capacidad para mantener las convicciones de uno mismo con autodeterminación). Concretamente, el crecimiento personal y el propósito en la vida se han mostrado como aquellas dimensiones más características y definitorias del bienestar eudaimónico, por su escasa relación con las variables de bienestar subjetivo (concretamente, con felicidad y satisfacción con la vida) (Ryff y Keyes, 1995). Lamentablemente, son precisamente estas dimensiones las que, en los

estudios de comparación entre personas jóvenes y mayores, han mostrado un importante declive con el paso del tiempo. Parece haber un declive más prominente en el paso de la mediana edad a la vejez (Ryff, 1989), datos que se han confirmado también en la población mayor española (Villar et al. 2003). Algunas de las posibles razones de esta disminución asociada a la edad pueden tener que ver precisamente con las pérdidas, cambios y/o limitaciones que implica el envejecimiento en las áreas biológica (por ej., pérdidas funcionales), afectiva (por ej., pérdidas de personas queridas) y social (por ej., jubilación), muchas de las cuales implican una pérdida de roles o escenarios que reducen las posibilidades de realizar actividades o roles con significado. En este sentido, tal y como ha señalado Villar (2012), uno de los intereses en el avance del estudio del envejecimiento activo es el análisis específico de los procesos de adaptación a tales cambios, que pueden suponer para la persona mayor ganancias en forma de crecimiento personal. Así, este autor, propone que la generatividad, definida como la preocupación de la persona por fomentar, orientar y garantizar el bienestar de las generaciones siguientes, y en última instancia de dejar un legado duradero (Villar, 2012), es un mecanismo a través del cual se potencia la participación e implicación de la persona mayor en su propio contexto social y además, puede generar un crecimiento personal (Villar, 2012) debido a la implicación y asunción de roles participativos en los que adhiere la persona mayor en su sociedad. No cabe duda de que la generatividad es un concepto altamente relacionado con la perspectiva del bienestar eudaimónico y, si bien fue planteada por Erikson (1963) como una meta propia de las personas de mediana edad, por un lado, no someterse a un estancamiento de metas y valores personales, y por otro, como requisito previo para entrar en la etapa de la vejez y con ello, poder someterse adecuadamente a las revisiones de vida y alcanzar la integridad (frente a la desesperación), es evidente que tal dimensión puede presentar beneficios para las personas en la etapa de la vejez (Villar, 2012). Así, la generatividad parece ocupar un lugar importante en el sistema de valores de muchas personas mayores y es, por tanto, un punto de referencia central para el ajuste de metas y objetivos que han de realizar ante los cambios producidos en esta etapa de cara a mantener niveles adecuados de bienestar.

desde una perspectiva más eudaimónica, a través, por ejemplo, del crecimiento personal.

Sin duda, la capacidad autorregulatoria de la persona mayor, que le permite ajustar de forma flexible sus metas y acciones a los cambios asociados al envejecimiento de modo que siga implicada en valores personales que le aporten sentido y propósito en la vida, es un elemento central de la adaptación al proceso de envejecer. En este sentido, Janoff-Bulman (1992), ha propuesto cómo particularmente los sucesos vitales negativos provocan

una crisis personal en el conjunto de valores, creencias, actitudes ante la vida, relaciones afectivas y sociales, todo lo cual provocaría dificultades a la persona para integrar de forma adecuada sus experiencias. Por lo tanto, parece necesario analizar en mayor detalle los procesos implicados en la autorregulación y el ajuste flexible de metas que se han de desplegar a partir de la experiencia de determinados sucesos vitales en el proceso de envejecimiento, con el subsiguiente propósito de desarrollar intervenciones eficaces para fomentar estas competencias en la persona mayor, de cara a optimizar su adaptación y bienestar psicológico.

Tras esta breve revisión sobre el estudio del bienestar psicológico en el durante el proceso de envejecimiento, en el siguiente apartado se aborda el papel que ejercen los sucesos vitales sobre dicho proceso.

## 1.3. Los sucesos vitales

---

Tal y como ya se ha venido apuntando, existen diferencias en la frecuencia y la experiencia de los sucesos vitales en función de la edad. De acuerdo con McCrae y Costa (1991), los sucesos vitales evaluados positivamente son más numerosos en las personas jóvenes, y van disminuyendo con la edad, produciéndose cada vez una mayor proporción de pérdidas y acontecimientos vividos como amenazas (McCrae y Costa, 1991; Costa, Zonderman y McCrae, 1991).

Se considera de especial interés para este trabajo analizar la importancia que tienen los sucesos vitales en las personas mayores para comprender, por un lado, los posibles efectos perjudiciales que pueden derivar sobre la salud física y psicológica de las personas mayores y, por otro, si tales efectos pueden resultar positivos para la persona, en forma de crecimiento o aprendizaje personal.

### 1.3.1. Definición

El interés por el estudio de los sucesos vitales en el desarrollo vital y el bienestar psicológico fue iniciado por Meyer (1951), quien señaló la importancia de los sucesos vividos a lo largo del ciclo vital de las personas en la generación de problemas psicológicos. Su principal hipótesis era que los sucesos importantes que experimentan las personas en sus vidas, pueden ejercer influencias tanto positivas como negativas para su salud. Para recoger toda esta información, diseñó el instrumento conocido como “vida gráfica”, en el que se recoge la

historia de éxitos y fracasos experimentados por la persona a lo largo de su vida. A partir de entonces, Holmes y Masuda (1974) iniciaron el estudio empírico sobre los sucesos vitales, definiendo suceso vital, en sentido amplio, como un “suceso notable positivo (por ej., matrimonio) o negativo (por ej., enfermedad) que produce un cambio en las pautas vitales del individuo” (Holmes y Masuda, 1974). De la definición aportada por Holmes y Rahe (1974) puede deducirse que estos autores asumen que un suceso vital no implica necesariamente una connotación negativa o catastrofista, ya que puede implicar tanto experiencias positivas como negativas que producen un cambio en las pautas vitales del individuo. Es precisamente esta idea del *cambio* la pauta definitoria del suceso vital más extensamente aceptada (Dohrenwend y Dohrenwend, 1981), porque tales sucesos, más o menos traumáticos, suelen ser sucesos habituales y, en la mayoría de los casos, no extraordinarios, que generan un cambio en la vida de la persona que lo vive, a nivel de actividades, metas o valores, en algún momento de la trayectoria vital del individuo. Es importante subrayar que los sucesos vitales son acontecimientos discretos que aparecen en un momento preciso o concreto de la vida de la persona, siendo, por tanto, diferentes de las dificultades vitales persistentes, que serían problemas que se prolongan en el tiempo (Brown, Harris, Hepworth, 1994). Holmes y Rahe (1974) encontraron que la acumulación de tales sucesos estaba asociada a cambios en la salud de las personas que los experimentaban (Holmes y Rahe, 1974). Por tanto, el interés que han despertado tales sucesos es, precisamente, el reajuste que debe hacer la persona ante tales eventos en relación a sus reacciones psicológicas y fisiológicas. Concretamente, Dohrenwend (2010) ha planteado que existen diferentes dimensiones de los sucesos vitales que han de ser analizadas para entender el efecto que tienen tales sucesos en la experiencia traumática vivida, y por ende, en su salud física y psicológica de la persona. Algunas de estas dimensiones son la valencia (sucesos positivos o negativos, sociales, personales, o económicos), predictibilidad (grado de previsión de que pudiese ocurrir), magnitud (que implicaciones tiene el suceso) o afectación física (Dohrenwend, 2010).

### **1.3.2. El análisis de los sucesos vitales desde el modelo de estrés y afrontamiento**

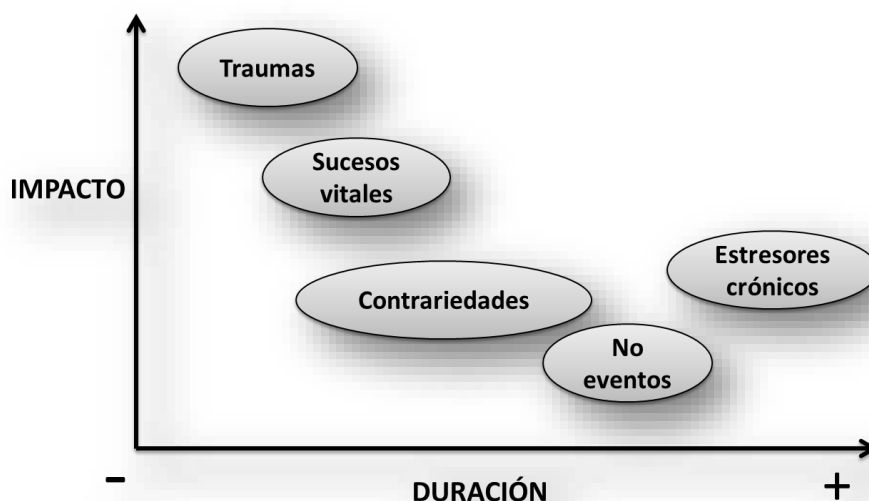
El estudio de los sucesos vitales ha sido frecuentemente enmarcado en el estudio de los procesos de estrés, siendo muchos los estudios interesados en el análisis del proceso de estrés producido por los sucesos vitales y sus consecuencias sobre la salud. Menor ha sido, sin embargo, el interés de la comunidad científica en clasificar y categorizar los distintos tipos de estresores y sus diferentes efectos sobre la salud física y psicológica. Una

clasificación realizada por Chiriboga (1989) diferencia tres niveles en las situaciones estresantes: a) el nivel micro, que se refiere a aquellos estresores derivados de las experiencias diarias de la persona y por los que el equipo de Holmes (1970) mostró sus primeros intereses; b) el nivel medio, que incluiría los estresores conocidos como “sucesos vitales” y constituye una de las principales líneas de investigación en el campo del estrés; y c) el nivel macro, que hace referencia a estresores del sistema macrosocial, que tendrían un efecto sobre el individuo a través de la sociedad y no directamente sobre él. El interés de este trabajo, si nos atenemos a la clasificación de Chiriboga (1989), se centraría en el nivel medio, que además ha sido el campo que mayor interés ha despertado en la investigación psicológica (Chiriboga, 1989).

Por otro lado, tal y como plantea Wheaton (1996), los estresores psicosociales podrían plantearse sobre un continuo del estrés clasificado en dos dimensiones (el impacto y la duración). Así, en un extremo de dicho continuo, representado por el mayor nivel de impacto y la mayor brevedad, se situarían los estresores del tipo de traumas repentinos (muy impactantes y breves), continuando por los sucesos vitales, contrariedades, macroestresores, no ocurrencia de evento y finalmente, los estresores crónicos (menor impacto pero mayor duración) (ver Figura 1.1). Este autor plantea la importancia de que determinados eventos vitales pueden ser clasificados en uno u otro nivel, dependiendo de las características contextuales que le rodeen (por ej., la muerte de una persona tiene un efecto diferente si viene precedida de una larga enfermedad o si es repentina). Por lo tanto, el modelo plantea un continuo entre estresores más puntuales (por ej., sucesos vitales) y estresores continuos (por ej., crónicos).



**Figura 1.1.** Modelo de clasificación de estresores psicosociales de Wheaton (1996)



Conviene aquí, hacer una distinción entre traumas y sucesos vitales. Tal y como se plantea en el modelo propuesto, el trauma tiene un impacto mayor y se producen de forma más repentina y brusca que los sucesos vitales (Wheaton, 1996). Sin embargo, muchos de los sucesos vitales recogidos en los instrumentos más habitualmente utilizados, pueden haber sido experimentados como traumas a lo largo de la vida de las personas. Por ejemplo, la muerte del cónyuge, que es claramente un suceso vital, puede tratarse conceptualizarse a su vez, como un hecho traumático, ya que haberse experimentado como un trauma si las condiciones del fallecimiento fueron muy repentinas, bruscas o impredecibles (por ej., accidente de tráfico). La definición que propone la APA de trauma hace referencia a la respuesta emocional llevada a cabo por la persona ante un evento terrible (por ej. accidente, desastres naturales o violaciones). Planteando que las primeras reacciones habituales ante ellos, son el shock y la negación, para pasar más tarde a reacciones emocionales más impredecibles, tales como recuerdos, problemas de relación o incluso síntomas físicos. En este sentido, el estrés-postraumático, sería la consecuencia derivada de la experimentación de un trauma (APA, 2013). Por tanto, queda evidenciado que, los sucesos vitales negativos son los elementos estresores, que pueden suponer en la persona distinto impacto emocional. Y por el contrario, el trauma, es la respuesta emocional específica que lleva a cabo la persona ante determinados sucesos vitales negativos.

Por su parte, Pearlin (1989) clasifica tres posibles vías de interrelación entre tales estresores. Por un lado, identifica una vía mediante la cual los estresores crónicos podrían conducir a los sucesos vitales. Por ejemplo, problemas de pareja continuos a lo largo del

matrimonio (estresores crónicos) podrían conducir al divorcio (sucesos vital) (Menaghan, 1982). Otra vía sería la opuesta a la anterior, según la cual los sucesos vitales producirían, además del propio estrés derivado del suceso, una serie de estresores crónicos (efectos indirectos a medio-largo plazo de los eventos vitales) que afectarían al bienestar de la persona que lo experimenta. Por ejemplo, la pérdida del cónyuge (suceso vital puntual), podría conducir a aislamiento social (estresor crónico). Por último, y quizá la vía más interesante en el contexto de este trabajo, es aquella que propone que los sucesos vitales y los problemas crónicos concurrirían en experiencias estresantes y, así, cada uno adquiriría su sentido y significado en función del efecto que el otro tiene. Por ejemplo, la pérdida del cónyuge (suceso vital) se experimentaría emocionalmente de forma diferente si ha sido precedida de una larga enfermedad (estresor crónico) que si se ha producido de forma abrupta -el efecto del estresor crónico moldea el impacto emocional del suceso vital, o viceversa-. En este sentido, tal y como ha destacado Sandín (2008), las circunstancias previas de un suceso vital pueden producir un impacto emocional diferente en la persona.

Por otra parte, dos de los modelos más extensamente aceptados y apoyados en el estudio del estrés han sido las aportaciones de Hans Selye y la de Richard Lazarus. Aunque los estudios llevados a cabo por Selye (1954) no son de interés fundamental para este trabajo, llevó a cabo una actividad pionera para el estudio del estrés, centrando su interés fundamentalmente en el análisis de los correlatos biológicos, fisiológicos y psicosomáticos de la respuesta humana ante el estrés. Más adelante, Lazarus y sus colaboradores (Lazarus, 1966; Lazarus y Cohen, 1977; Lazarus y Folkman, 1984) centraron su atención en otro de los aspectos que mayor interés ha despertado en la disciplina psicológica: los procesos cognitivos que se desarrollan en torno a una situación estresante.

En el modelo de estrés y afrontamiento desarrollado por Lazarus y colaboradores (Folkman y Lazarus, 1980, 1985, 1988; Lazarus y Folkman, 1984, 1991), el afrontamiento se define como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1991, p.164). Estos autores se centran en los procesos cognitivos que median entre la situación crítica y la respuesta de la persona, proponiendo que las estrategias que la persona pondrá en marcha dependerán de la valoración cognitiva que el sujeto haga de la situación crítica (Lazarus, 1999; Smith y Lazarus, 1993). De esta manera, la experiencia estresante resulta de las transacciones entre la persona y el entorno, las cuales están mediadas por dos vías: 1) el impacto que el estresor ambiental tiene sobre la persona que, a su vez, estará mediado por las evaluaciones que la persona realiza de tal estresor

(evaluación primaria); y 2) los recursos personales, sociales o culturales que la persona tiene disponibles para hacer frente a la situación de estrés desarrollada (evaluación secundaria) (Lazarus y Folkman, 1984).

La evaluación primaria se basa en una reflexión acerca del significado de la situación, que puede ser evaluada como positiva, controlable, amenazante, irrelevante o cambiante, entre otras posibilidades. La evaluación secundaria se pone en marcha cuando la situación haya sido evaluada como estresante o amenazante en la evaluación primaria, y consiste en la valoración de los recursos personales de que dispone la persona para hacer frente a dicha situación. Una vez desencadenada la evaluación secundaria, se pueden poner en marcha dos tipos de estrategias de afrontamiento: a) estrategias centradas en el problema, desarrolladas con el objetivo de reducir o gestionar la fuente de estrés; y b) estrategias centradas en la emoción, que implican procesos de regulación emocional que permiten modificar el significado que se atribuye a la situación estresante, esto es, la forma en que ésta es percibida, así como las emociones negativas activadas por la evaluación primaria.

En relación con la probabilidad de desplegar un tipo de estrategias u otro, Lazarus y Folkman (1991) comentan lo siguiente: “en general, las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidad de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio” (p.171).

Poniendo en relación el modelo de estrés con los sucesos vitales, algunos de los sucesos vitales más intensos que experimentan las personas podrían ser clasificados como situaciones estresantes no susceptibles de cambio (por ej. muerte de un familiar), ante las cuales las estrategias de afrontamiento más adecuadas serían las estrategias centradas en la regulación de las emociones (por ej., reevaluación cognitiva, rumiación o evitación experiencial). Tradicionalmente, aquellas situaciones estresantes que son valoradas como de escaso control interno suelen orientar a las personas a emplear estrategias centradas en la emoción (Lazarus y Folkman, 1986; Moser y Uzzell, 2002). En este sentido, parece existir un acuerdo cada vez mayor en que el tipo de afrontamiento que se lleva a cabo cuando la situación estresante es apreciada como pérdida, desafío o debida a causas naturales (ajeno al control de la persona), implica procesos de reevaluación cognitiva (Brandstädter y Renner, 1990; Brandtädter y Rothermund, 2002; Labouvie-Vief y Diehl, 2000; Hamarat, Thompson, Steele, Matheny y Simons, 2002). Parece evidente que la evaluación cognitiva de las

situaciones ha sido identificada como un importante modulador en la respuesta adaptativa que desarrollada en el medio (Carver, Sutton y Scheier, 2000; Hojat, Gonella, Erdmann y Vogel, 2003; Kaiser, Mayor y McCoy, 2004); en función de lo positiva y adaptativa que resulta tal evaluación, la persona pone en marcha unas u otras estrategias (más o menos adaptativas) lo cual, también se ha observado en la población mayor (Arathuzik, 1991; Keister, 2006). En cualquier caso, lo que se ha evidenciado es que, tal y como ya señalaban Lazarus y Folkman (1986), no es la situación estresante *per se*, sino la evaluación o valoración cognitiva, la que activa las estrategias de afrontamiento de tales situaciones (Lazarus y Folkman, 1986; Lazarus, 1999). Por tanto, se hace indiscutible la necesidad analizar el papel que las estrategias de regulación de emociones (tales como la rumiación, por ejemplo) tienen sobre el impacto de los sucesos vitales sobre la salud mental y física de las personas mayores, así como el significado psicológico de cada evento para la persona (Tang, Oatley y Toner, 2007). Por lo que es objetivo necesario explorar cuáles son las estrategias cognitivas y emocionales puestas en marcha por las personas mayores ante la experiencia de los sucesos vitales, para entender cómo éstas llevan a cabo un afrontamiento más o menos adaptativo de las pérdidas y otros sucesos vitales asociados al envejecimiento.

### **1.3.3. Correlatos de los sucesos vitales relacionados con el bienestar psicológico a lo largo del ciclo vital**

Existen numerosos trabajos que han revelado a lo largo de los años la relación entre los sucesos vitales y sus efectos, tanto negativos como, en menor medida, positivos, sobre la salud física y psicológica de la persona. Se plantea aquí una breve revisión de estos estudios que, por lo general, se han llevado a cabo con la población adulta o joven y en menor medida en personas mayores.

#### **1.3.3.1. Correlatos negativos de los sucesos vitales**

Los resultados de estudios, tanto transversales como longitudinales, realizados sobre los sucesos vitales parecen ser consistentes a la hora de mostrar sus efectos sobre la salud física y psicológica (por ej., Breslau, 2002; Brown y Harris, 1989; Dohrenwend y Dohrenwend, 1974; Grant, Compas, Thurm, Mc-Mahon, y Gipson, 2004; Gunderson y Rahe,

1974; Paykel, 1974; Rahe y Arthur, 1978). A continuación se revisan los principales estudios realizados en esta dirección.

#### a) Relación de los sucesos vitales negativos con la salud física

Tal y como muestran Segerstrom y Miller (2004) en su metaanálisis, los eventos vitales se asocian con cambios desfavorables en el sistema inmune. Estos autores proponen además, que tales efectos neuroendocrinos que se producen en el organismo son diferentes en función de la naturaleza del evento vital, mostrando diferencias en función de si se trata de traumas o pérdidas (duelos) (Segerstrom y Miller, 2004). También se han asociado los sucesos vitales negativos a una menor tasa de actividad física en estudios longitudinales (Yoshiuchi et al., 2010) o a problemas gastrointestinales en estudios experimentales (Lerebours et al., 2007). Los datos disponibles en relación a la población mayor apuntan en la misma dirección que en la población general. Así, los sucesos vitales negativos parecen influir negativamente, especialmente en las personas mayores, sobre la función física, lo que perjudicaría de forma indirecta muchos aspectos relacionados con la salud en estas personas (von Känel, Dimsdale, Patterson y Grant, 2003; Vogelzangs et al., 2007). Stone, Marco, Cruise, Cox y Neale (1996) encontraron evidencia que sugería la existencia de un posible mecanismo de acción de la experiencia de sucesos vitales: el afecto negativo. Concretamente, estos autores encontraron datos que sugerían que los eventos negativos reducen la eficacia del sistema inmune (nivel de anticuerpos) a través del incremento del afecto negativo (Stone et al., 1996).

#### b) Relación de los sucesos vitales negativos con el bienestar emocional

Por lo que respecta al efecto que tienen los sucesos vitales sobre la experiencia emocional de las personas de la población general, algunos estudios han mostrado cómo la exposición a sucesos vitales intensos está asociada a un mayor riesgo de suicidio y mortalidad (Lantz, House, Mero y Williams, 2005), así como a una mayor probabilidad de padecer algunos problemas psicológicos, tales como el estrés psicosocial, el abuso de sustancias (Dohrenwend, 2006, 2000; Feskanich et al., 2002) y el trastorno bipolar (Johnson, 2005; Bender y Alloy, 2011). También se han detectado relaciones significativas entre la ocurrencia de sucesos vitales negativos y alteraciones psicológicas y problemas de comportamiento en personas con discapacidad intelectual (Hove y Havik, 2010; Hulbert-Williams y Hastings, 2008) y, más concretamente, en población mayor con estas características (Hermans y Evenhuis, 2012).

Quizá el correlato de los sucesos vitales más estudiado es la depresión, existiendo un aparente consenso a la hora de considerar que los sucesos vitales tienen un importante papel en el desarrollo de depresión en la población general (Brown, Harris y Hepworth, 1995; Paykel, 2003), o desarrollo de episodios depresivos recurrentes (Kraaij, Arensman y Spinhoven, 2002; Mathiesen, et al., 1999), lo cual se ha encontrado también en población mayor (Brilman y Ormel, 2001; Chan, Kwok, Leung, Yuen, Choy y Leung, 2011). También se ha propuesto que los sucesos vitales disminuyen la posibilidad de mejoría derivada de los tratamientos farmacológicos dirigidos a la reducción de sintomatología depresiva y, a su vez, aumentan las recaídas (Ravindran, Matheson, Griffiths, Merali y Anisman, 2001). Resultados similares han sido encontrados también en muestra española (Rojo, Livianos, Cervera, Domínguez, y Reig, 2001).

Además, algunos estudios centrados de forma específica en población mayor han mostrado cómo la exposición repetida a sucesos vitales negativos parece ser un factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología depresiva en esta población (Chan et al., 2011). En el estudio prospectivo realizado por Brilman y Ormel (2001) se encontró una alta probabilidad de desarrollar depresión en personas mayores que habían experimentado los sucesos vitales más severos (por ej., muerte del cónyuge), mientras que los sucesos de menor gravedad o intensidad no se asociaron con el desarrollo de episodios depresivos iniciales o nuevos (primeros episodios), pero sí con episodios depresivos recurrentes (Brilman y Ormel, 2001). De esta forma, parece importante subrayar la importancia que pueden tener los sucesos vitales menores en las personas mayores cuando éstas ya hayan manifestado síntomas depresivos en anteriores etapas vitales. Parecen existir, además, diferencias significativas en función del sexo en las dificultades que se presentan tras los sucesos vitales, siendo las mujeres las que parecen tener un mayor riesgo de presentar problemas de salud física y psicológica tras dichos eventos (Brilman y Ormel, 2001; Chan et al. 2011).

Por lo que respecta al tipo de eventos que afecta negativamente a la población mayor, Fiske et al. (2003) han encontrado que algunos sucesos vitales propios de la vejez (por ejemplo, fallecimiento del cónyuge o ingreso del cónyuge en una residencia) explican algunos de los incrementos en síntomas depresivos de las personas mayores, incluso tres años después de su ocurrencia (Fiske et al., 2003). Cole y Dendukuri (2003) realizaron un metanálisis en el que identificaron cinco eventos vitales con capacidad para facilitar el desarrollo de sintomatología depresiva en personas mayores, apareciendo, en primer lugar, el duelo, seguido por problemas de sueño, discapacidad y depresión subclínica, señalando además, que las mujeres presentan una mayor vulnerabilidad. De forma similar, parece que

las mujeres muestran una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de depresión cuando se refiere a eventos negativos relacionados con su pareja como, por ejemplo, la viudedad o la enfermedad del cónyuge (Chan et al., 2011).

Por otro lado, se ha estudiado cómo incluso los sucesos vitales específicamente positivos pueden dar lugar a consecuencias negativas. Por ejemplo, en población adolescente, Wills (1986) encontró que los sucesos sociales positivos se asociaban de forma indirecta a problemas de salud, a través del incremento de las conductas de fumar y consumir alcohol. Brown y McGill (1989) llevaron a cabo un análisis prospectivo en el que sugirieron que los sucesos vitales positivos se relacionan con el incremento de enfermedad en aquellas personas con una visión negativa de sí mismos.

### c) Efectos de los sucesos vitales en función de su temporalidad

Otra de las direcciones que ha tomado la investigación sobre el efecto de los sucesos vitales en el bienestar es la relacionada con la temporalidad de los eventos vitales. En este sentido, autores como Kraus (Kraus, Shaw y Cairney, 2004) y otros (Dulin y Passmore, 2010; Shira, Shmotkin, y Litwin, 2012), han investigado el efecto que los sucesos vitales pasados (ocurridos en la infancia, juventud y adultez) tienen sobre la salud física y mental de las personas en las últimas etapas de su vida. Concretamente, se ha sugerido que los eventos vitales ocurridos durante la edad adulta parecen mostrar sus mayores efectos perjudiciales sobre la salud física (Kraus et al., 2004) y/o psicológica (Dulin y Passmore, 2010; Berntsen y Rubin, 2002) en la etapa de la vejez. Además, se ha señalado que la experimentación de diversos traumas o sucesos vitales estresantes a lo largo de la vida puede conducir a la reducción de apoyo social y a una disminución del sentido del control, que puede asociarse, a su vez, con peores índices de salud en la vejez (Kraus et al. 2004).

Estos resultados apuntan en una interesante dirección que, como se verá más adelante, enmarca el desarrollo del presente trabajo: los sucesos vitales adversos ocurridos en el pasado tienen efectos negativos sobre la salud mental y física actual de las personas mayores, siendo pertinente la exploración de posibles variables moduladoras de tales efectos perjudiciales. En este sentido, Dittman-Kohli (2005) plantea que las personas mayores otorgan una importancia especial al pasado en su autodefinición, por lo que los eventos vitales ocurridos con anterioridad cobran una especial relevancia, y además, este grupo de personas se plantea su futuro como un período de prolongación del pasado y presente, más que como un período de cambios y metas muy novedosas (Dittman-Kohli, 2005).

### 1.3.3.2. Correlatos positivos de los eventos vitales

Aunque la gran mayoría de estudios sobre los efectos de los eventos vitales se han centrado en el efecto de los sucesos negativos sobre el bienestar físico y psicológico, algunos autores han aportado evidencia de que la experiencia de sucesos positivos tiene efectos amortiguadores o protectores de la enfermedad. Así, por ejemplo, algunos estudios han encontrado relaciones inversas entre la experiencia de sucesos vitales positivos y los niveles de presión sanguínea diastólica en una población de adolescentes (Caputo, Rudolph y Morgan, 1998). Resultados similares se han encontrado en una muestra de varones jóvenes-adultos, en la que se identificó una relación inversa entre la presión sanguínea y el número de sucesos positivos ocurridos en el último año (Theorell, Svenson, Knox, Waller y Álvarez, 1986). Stone et al. (1996) han sugerido que, a través de la reducción del afecto negativo, los eventos vitales positivos aumentan la eficacia del sistema inmune (nivel de anticuerpos). La conclusión de estos autores fue que los efectos del estrés derivado de los sucesos vitales sobre el bienestar psicológico se reflejan en el nivel de afecto negativo, el cual, a su vez, sería el mecanismo a través del cual tal estrés influiría sobre el sistema inmune (Stone et al., 1996).

A pesar de que, como se ha comentado en el párrafo anterior, existen algunos datos sobre la existencia de efectos beneficiosos de los sucesos vitales positivos, los estudios realizados permiten concluir que estos efectos no parecen tener la magnitud y persistencia que tienen los efectos de los sucesos negativos sobre el bienestar físico y psicológico de las personas que los experimentan (Baumeister, Bratslavsky, Finkenauer y Vohs, 2001; Fredrickson y Losada, 2005; Larsen y Prizmic, 2008). Concretamente, en el estudio llevado a cabo por Bilbao (2009) los sucesos vitales positivos reforzaban la afectividad positiva y la percepción de apoyo social, pero no disminuyeron el malestar psicológico. Esta autora señala que los sucesos positivos se asocian más a niveles de bienestar más eudaimónico - tales como el crecimiento personal- que los sucesos más negativos (Bilbao, 2009). Si bien esta misma autora señala que los sucesos positivos pueden tener un efecto positivo en torno a las metas y valores personales, esto podría contribuir a ampliar recursos psicológicos y sociales, tal y como ha señalado Fredrickson (2009).

No obstante, diversos autores (Baumeister et al., 2001; Bilbao, Páez, Costa y Martínez-Zelaya (2013) han señalado que, pese a que las personas revelan que los sucesos que mayor impacto psicológico tienen en sus vidas son fundamentalmente los eventos negativos, algunos estudios han encontrado que, tras la experiencia de eventos vitales negativos, muchas personas informan de aspectos positivos asociados a éstos, tales como el



crecimiento personal, aprender sobre las propias capacidades, habilidades y resistencia personal, aumentar la sabiduría y el conocimiento, mejorar el conocimiento sobre sí mismo y los demás, apreciar lo que se tiene y aprender las prioridades importantes en la vida y/o crecimiento y desarrollo espiritual (Páez, Vazquez, Bosco, Gasparre, Iraurgi y Sezibera, 2011). Por su parte, Nolen-Hoeksema y Larson (1999) también han mostrado como un 73% de las personas participantes en su estudio indicaban que se podía encontrar algo positivo de experiencias de pérdidas muy cercanas como esposos, padres, hijos o hermanos (Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998). Estos mismos autores proponen que estas personas habían fortalecido los vínculos familiares, habían encontrado apoyo de otras personas y que habían experimentado un cambio en la perspectiva vital. Helgeson, Reynolds y Tomich (2006) realizaron un metaanálisis de 77 estudios sobre crecimiento postraumático, y concluyeron que encontrar beneficios de las experiencias traumáticas se relaciona con una menor depresión y con un mayor bienestar psicológico (Helgeson et al., 2006; Tennen y Afleck, 2005), resultados que han sido replicados en varios estudios longitudinales (Zoellner y Maercker, 2006).

Parece, por tanto, que los eventos vitales negativos también pueden aportar aspectos positivos a la vida de las personas (Tugade y Fredrickson, 2004). De hecho, los constructos de resiliencia (Bonanno y Kaltman, 2001; Bonanno, Westphal y Mancini, 2011; Bonanno, Wortman, Lehman, Tweed, Haring, Sonnega y Nesse, 2002) y de crecimiento postraumático (Calhoun y Tedeschi, 1999) han ido recibiendo en los últimos años una progresivamente mayor atención por parte de psicólogos e investigadores interesados en analizar las estrategias positivas de regulación que despliegan las personas ante pérdidas significativas y/o experiencias vitales traumáticas. Esta idea se desarrollará más extensamente en el capítulo 2.

Tras esta breve revisión, parece pertinente plantearse la cuestión de si las pérdidas habituales en el proceso de envejecimiento (por ej., jubilación) se podrían considerar como eventos vitales negativos y, asimismo, si después de su experiencia, las personas podrían extraer beneficios y crecimiento personal. Si este fuera el caso, sería especialmente relevante el análisis de los mecanismos psicológicos que facilitan dicho crecimiento, de cara a poder fomentarlos a través de programas de prevención y/o intervención para llevar a cabo una adecuada adaptación a las experiencias de cambio propias del proceso de envejecimiento.

### 1.3.4. Los sucesos vitales como elementos fundamentales del Ciclo Vital: la adaptación a las pérdidas asociadas a la edad

Por lo que respecta a la relación entre la perspectiva del ciclo vital y los sucesos vitales, el modelo de Optimización Selectiva con Compensación (SOC; Baltes y Baltes, 1990), tal y como ya se ha explicado, plantea el proceso de envejecimiento como un proceso de adaptación y búsqueda de equilibrio entre las pérdidas y las ganancias que se producen a medida que se envejece (Heckhausen, Dixon y Baltes, 1989; Riegel, 1976). Según este modelo, los cambios que se producen (muchos de los cuales pueden ser entendidos como sucesos vitales) exigen una adaptación por parte de la persona, a través de los recursos disponibles obtenidos a lo largo de su desarrollo y el reajuste flexible de las metas y valores a través de procesos de selección, optimización y compensación (Baltes y Carstensen, 2002; Brandtstädter y Rothermund, 2002).

Es evidente que, en las últimas etapas de la vida, las personas se enfrentan a una mayor proporción de sucesos vitales negativos (Erikson, 1963; Leist, Ferring y Filipp, 2010; Pearlin, 2010; Pearlin y Skaff, 1995; Perkins y Moran, 2010) que en otras etapas previas, lo cual podría contribuir a explicar el que estas experiencias tengan mayor efecto perjudicial (por efecto acumulativo) sobre la salud física y psicológica de las personas en la vejez, en comparación con sus efectos en otras etapas del ciclo vital (Cairney y Kraus, 2008; Dulin y Passmore, 2010). Algunos autores han propuesto que el tipo de evento vital más frecuente y significativo en la vejez ha sido el de la pérdida (por ej., pérdida de roles, de familiares) (Orrel, y Davies, 1994), que se ha encontrado asociado de forma significativa con el desarrollo y mantenimiento de depresión en la población mayor. De forma específica, Palmore (1979) encontró que el enfrentamiento con varios sucesos característicos de la etapa de la vejez (por ej., jubilación, viudedad, enfermedad) producía grandes problemas de adaptación (Palmore, 1979). De este modo, una gran parte de las pérdidas y cambios habitualmente asociados a la vejez (por ej., fallecimiento del cónyuge u otros familiares, enfermedades, jubilación, etc.) pueden considerarse sucesos vitales negativos que requieren por parte de la persona un afrontamiento adecuado que implicaría, básicamente, estrategias de regulación emocional para adaptarse a la nueva situación. Tal y como plantean Fiske et al. (2009), los cambios que se producen en el envejecimiento podrían reducir las posibilidades de desarrollo personal y adaptación al entorno de las personas mayores, sobre todo para aquéllas que tienen mayor vulnerabilidad previa, pudiendo conducir al desarrollo de sintomatología depresiva, proceso que se vería intensificado si se acompaña de cogniciones autocríticas. Sin embargo, involucrarse en nuevas actividades y

roles significativos (por ejemplo, la generatividad) puede interrumpir este proceso de desarrollo depresivo de las personas mayores (Fiske et al., 2009).

#### **1.3.4.1. Las pérdidas afectivas**

Tal y como han señalado Torges, Stewart y Nolen-Hoeksema (2008), el duelo es un proceso emocional al que hay que prestar una especial atención desde la psicogerontología, ya que es una experiencia muy frecuente en las personas mayores (Torges et al., 2008). En este sentido, Hansson y Stroebe (2007), en su revisión sobre las pérdidas en la vejez, han señalado esta importancia, dado que en el proceso de adaptación al duelo en la población mayor pueden plantearse tanto obstáculos como facilitadores del proceso (Hansson y Stroebe, 2007). Como ya se ha ido señalando, las personas mayores son capaces de poner en marcha estrategias acomodativas (Brandtstädter, 1999; Rothermund y Brandtstädter, 2003) para adaptarse a los cambios/pérdidas y, por tanto, son capaces de beneficiarse de sus propios reajustes adaptativos internos, lo que a su vez, permite ajustar las conclusiones e inquietudes personales derivadas de las reflexiones de vida producidas ante los cambios vitales más significativos, propios de la vejez (Erikson, 1963; Butler, 1974).

En uno de los principales estudios realizados con la Escala de Reajuste Social (Homes y Rahe, 1967), llevado a cabo por Hobson, Kamen, Szostek, Nethercut, Tiedmann y Wojnarowicz (1998), se encontró que los eventos vitales que mayor estrés producen, con una importante distancia respecto a los siguientes, son, en primer lugar, la muerte del cónyuge y, después, la pérdida de otro familiar cercano, resultados así mismo encontrados en la población española (González de Rivera y Morera, 1983). Más recientemente, otros estudios apuntan al fallecimiento del cónyuge como uno de los eventos vitales que más influyen sobre el desarrollo de problemas depresivos en población mayor, siendo, de hecho, el más importante factor de riesgo para la depresión en población mayor (Vinkers, Gussekloo, Stek, Westendorp y van der Mast, 2004).

Dada la relevancia que los procesos de duelo tienen para el desarrollo de la presente tesis doctoral, este planteamiento se abordará con más detalle en el Capítulo 3.

#### **1.3.5. Instrumentos de medida de sucesos vitales**

EL método habitual de evaluación de los sucesos vitales ha sido el de los cuestionarios y/o entrevistas. Algunos de los cuestionarios más importantes son los siguientes:

- a) Escala de Reajuste Social (Social Readjustment Rating Scale (SRRS); Holmes y Rahe, 1967)

El más conocido y utilizado de los inventarios propuestos en el estudio del estrés ha sido la Escala de Reajuste Social (Holmes y Rahe, 1967), cuyo inicio fue el Inventario de Experiencias Recientes (Schedule of Recent Experience, SER) que evaluaba la ocurrencia de algunos sucesos particulares recientes. A partir de este cuestionario se han ido desarrollando nuevos y adaptados cuestionarios hasta dar lugar finalmente a la Escala de Reajuste Social (Holmes y Rahe, 1967), con el objetivo de evaluar el reajuste vital que la persona estima como necesario para afrontar cada uno de los sucesos vitales propuestos, en base a su propia experiencia. Se diseñó un sistema de puntuación según el cual cada valor de la escala representa una estimación media del cambio vital (grado de cambio y reajuste impuesto por un suceso vital) a través de la medida de Unidad de Cambio Vital (UCV). Este indicador proporciona la información sobre el grado de cambio y reajuste impuesto por un suceso vital. Puntuaciones mayores se asocian con un mayor riesgo para la salud (UCV  $\geq 300$  supone un 80% de probabilidad de enfermar en el futuro cercano; UCV = 150-299: 50% de enfermar en el futuro cercano; UCV  $\leq 150$ : 30% de posibilidad de enfermar en el futuro cercano).

Los sucesos de mayor puntuación asignada al riesgo para la salud son, según orden de mayor a menor cambio vital: muerte del cónyuge, divorcio, separación, encarcelamiento, muerte de un familiar cercano, enfermedad o lesiones, matrimonio, despido laboral, cambio en la salud de un familiar, embarazo, problemas sexuales, nuevo miembro en la familia, reajuste de negocios, cambio en estado económico. Estos ítems representan los 16 sucesos que muestran un mayor nivel de estrés en los individuos. Miller y Rahe (1998) comprobaron que se han producido algunas diferencias en las unidades de cambio vital de los distintos sucesos vitales a lo largo de los años, por lo que se han ido desarrollando nuevas puntuaciones de Unidad de Cambio Vital con respecto al primer estudio de 1965 (Rahe, 1998).

Uno de los mayores defensores de esta perspectiva de estudio de los sucesos vitales, entendida como procesos de estrés, ha sido Dohrenwend (1979), quien apuesta por la medida del estrés objetivo mediante métodos de escalamiento estandarizado (unidad de cambio vital). Sin embargo, no han faltado críticas a las propuestas de este modelo de evaluación del estrés, por un lado, respecto a su forma de medir el estrés, y por otro, en

cuanto a la ausencia de clasificación o categorización de los sucesos vitales (por ej., en positivos o negativos).

En cuanto a la medida del estrés, por ejemplo, Lazarus (1993) ha criticado ampliamente la medida cuantificable del estrés que proponen estos autores, señalando que el estudio del estrés no puede ser entendido sin tomar en consideración otros conceptos como el de evaluación cognitiva y la experiencia emocional asociada al estrés (distrés). Por otro lado, otra de las importantes aportaciones en el estudio de la medida del estrés ha sido la realizada por el equipo de Sarason (1978), quién estimuló la aparición de métodos de evaluación del estrés donde se prioriza la valoración del individuo en cuanto al impacto de tales sucesos o en cuanto a la clasificación de los mismos (Sarason, Johnson y Siegel, 1978).

Por lo que respecta a las críticas relativas a la clasificación de sucesos vitales, Scully (2000) ha sintetizado todas aquellas críticas recibidas a este modelo, centrándose principalmente en la crítica hacia la ausencia de clasificación de los sucesos y por tanto, la ponderación necesaria para aquellos que denotan mayor efecto subjetivo de estrés en las personas (Scully, 2000).

b) Cuestionario de cambio vital reciente (Recent life change questionnaire, RLCQ; Rahe y Arthur, 1978)

Este cuestionario, propuesto para corregir algunas de las dificultades encontradas en la Escala de Reajuste Social, incluye un mayor número de ítems clasificándolos en las siguientes categorías: salud, trabajo, hogar y familia, vida personal y social y economía. Las respuestas pretenden indicar las estimaciones de cambio vital que producen tales sucesos en la vida de cada individuo. En cuanto a la temporalidad de la ocurrencia de los ítems, esta escala propone varias posibilidades: últimos seis meses, entre 7 y 12 meses, entre 13 y 18 meses y entre 19 y 24 meses.

c) Escala de Experiencias Vitales (Life Experiences Survey, LES; Sarason et al., 1978)

El equipo de Sarason (Sarason et al., 1978) diseñó un cuestionario para evaluar distintas experiencias vitales. La aportación más importante de este grupo fue su clasificación en sucesos positivos y negativos, dado que la mayor crítica que proponen hacia el modelo de Holmes (1967) es precisamente que determinados sucesos indeseables (muerte de algún familiar) pueden tener un efecto de mayor perturbación sobre la salud de las personas que los sucesos más deseables (nacimiento de hijos). Respecto a la

temporalidad, la Escala de Experiencias Vitales está diseñada para la evaluación de los sucesos vitales ocurridos en el último año.

d) Escala de Sucesos Vitales (Psychiatric Epidemiology Research Interview-Life Events Scale, PERI-LES; Dohrenwend, Krasnoff, Askenasy y Dohrenwend, 1982).

Se trata de una escala que puede aplicarse mediante cuestionario de autoinforme o mediante entrevista semiestructurada y que incluye un amplio listado de eventos vitales (102). Fernández-Ballesteros, Vizcarro, Souto e Izal (1987) la validaron en castellano. Evalúa el cambio vital de determinadas áreas: colegio, trabajo, amor y matrimonio, hijos, familia, residencia, crimen y asuntos legales, finanzas, actividades sociales y salud. El sistema de puntuación es similar al propuesto por Holmes y Rahe, el escalamiento sobre el cambio vital, empleando ponderaciones normativas de cada suceso vital. En esta escala se presentan además dos dimensiones añadidas de los sucesos vitales: deseabilidad-indeseabilidad y la controlabilidad-incontrolabilidad.

e) Entrevista sobre Sucesos Vitales y dificultades (Life events and Difficulties Schedule, LEDS; Brown y Harris, 1978)

Se trata de una entrevista semiestructurada a través de la cual se evalúan diferentes sucesos vitales, obteniendo un nivel de amenaza contextual, o percibida por las personas en su vida. La clasificación de los sucesos es bastante novedosa con respecto a las escalas anteriormente citadas ya que agrupan los sucesos en los siguientes tipos de cambios: cambios en algún rol, cambios mayores de rol en miembros allegados, cambios mayores en la salud del individuo, cambios mayores en la salud de vínculos cercanos, cambios en residencia o algún cambio destacado en la cantidad de contacto con personas, pronósticos de cambio, otros sucesos dramáticos que impliquen al individuo o a personas muy próximas. La novedad de esta propuesta precisamente deriva en la importancia que adquieren las circunstancias que rodean el suceso, y en que propone otro tipo de medida – basada en una descripción más detallada de la experiencia vivida- distinta a la puntuación obtenida del mero hecho de acumulación de sucesos para predecir el estrés (unidad de cambio vital) y cambio producido en el individuo, como habían ido proponiendo las escalas tradicionales. Algunos autores (Wethington, Kessler y Brown, 1993) han tomado esta entrevista como referencia para desarrollar inventarios más cortos y estructurados basados en la importancia de lo contextual ante los sucesos vitales experimentados (Inventario Estructurado de Eventos Vitales, Wethington et al., 1993).

f) Entrevista para Sucesos Vitales Recientes (Interview for Recent Life Events, IRLE; Paykel, McGuiness, y Gómez, 1976; Paykel, 1983)

La Entrevista para Sucesos Vitales Recientes es una entrevista semiestructurada en la que se recogen una serie de sucesos vitales extraídos en gran medida de la escala de Holmes y Rahe (1967). La propuesta pionera de este autor es que rechaza la puntuación de cambio-ajuste ante los sucesos para incluir una valoración más cognitiva del impacto negativo que producen tales sucesos (negatividad del impacto). La clasificación de sucesos que lleva a cabo es la siguiente: trabajo, educación, finanzas, salud, pérdida, migración, noviazgo/cohabitación, legal, familia y relaciones sociales y relaciones maritales. Inspirado en estudios previos (Brown, Sklair, Harris y Birley, 1973; Paykel, 1983), a través de esta entrevista se evalúa otro factor novedoso en el estudio de los sucesos vitales: la dependencia o independencia que tienen para el sujeto los sucesos con respecto a su propia conducta.

g) Escala de Sucesos Vitales (ESV; González de Rivera y Morera, 1983):

Se trata de la adaptación al castellano de la Escala de Reajuste Social (Holmes y Rahe, 1967), en la que los autores adaptan algunos de los ítems de la escala original a la población española y además, proponen a la persona que valore cada suceso según la reacción emocional, impacto y estrés/cambio que podría producir tal suceso (de 1 a 100) a un individuo normal. Cabe destacar que la puntuación de mayor intensidad para la población española fue el fallecimiento del cónyuge (puntuación de 91) con una importante diferencia hasta el siguiente suceso de mayor impacto (problema legal que suponga encarcelamiento) con una puntuación de 84 (González de Rivera y Morera, 1983).

Puede entenderse por lo planteado hasta ahora que existen diversos modelos de clasificación y medida de los sucesos vitales. En este sentido, la mayor parte de la investigación empírica relacionada con sucesos vitales ha continuado las líneas clásicas (Armstrong, Galligan, Critchley; 2011; Brown, 1993; Brown y Harris, 1989; Fiske et al., 2003), si bien puede destacarse que las escalas más utilizadas a lo largo del estudio de los sucesos vitales han sido la de Holmes y Rahe (1967) y la de Paykel et al. (1976). Sin embargo, no han cesado las críticas hacia los instrumentos de medida de los sucesos vitales (Alloy, Abramson, Urosevic, Walshaw, Nusslock y Neeren, 2005; Dohrenwend, 2006; Johnson, 2005; Monroe, 2008). Así, por ejemplo, en el estudio de Monroe (2008) se evidencia cómo menos del 50% de los eventos propuestos por las personas en el listado abierto que cumplimentan corresponde con los eventos definidos en el listado estandarizado (Monroe, 2008). Por tanto, una de las principales críticas está dirigida a la falta de coherencia de las escalas estandarizadas con los eventos vitales que realmente suponen situaciones estresantes a las personas (Bender y Alloy, 2011). Por su parte, Dohrenwend (2006), en la

revisión que realiza sobre las escalas de medida de sucesos vitales, resume dos críticas fundamentales a la investigación realizada hasta ahora de los sucesos vitales. La primera de estas críticas se refiere al pequeño o modesto tamaño de varianza explicada por los modelos propuestos en la relación entre eventos vitales y psicopatología, habiéndose olvidado el estudio de otras variables que puedan ejercer un papel moderador (por ej., apoyo social, estrategias de regulación desadaptativas) en el incremento o disminución del impacto que los sucesos vitales tienen sobre las personas (por ej., Johnson y Bradlyn, 1988; Paykel, 2001; Rabkin y Struening, 1976; Sarason, Sarason, Hacker y Basham, 1985). En este sentido, este autor y colaboradores (Dohrenwend y Dohrenwend, 1981) subrayan la idea de que el impacto psicológico de los sucesos vitales puede explicarse en gran medida por las estrategias de regulación emocional puestas en marcha por la persona para su afrontamiento, así como por el grado de interferencia que estos eventos presentan en las metas y valores de las personas. La otra de las críticas se relaciona con la baja validez y fiabilidad de los cuestionarios de medida de sucesos vitales utilizados en la mayor parte de los estudios (por ej., Brown, Sklair, Harris y Birley, 1973; Dohrenwend, 1974, 2000, 2006).

Por otro lado, la mayor parte de los cuestionarios diseñados han estado limitados a los sucesos ocurridos en un pasado reciente (seis meses-un año) (Brown y Harris, 1978; Dohrenwend et al., 1978; González de Rivera y Morera, 1983; Holmes y Rahe, 1967; Paykel et al., 1976; Rahe y Arthur, 1978; Sarason et al., 1978) a pesar de que se ha señalado la importancia de evaluar los eventos vitales más remotos que hayan podido ocasionar estrés o traumas (que hayan atentado contra la integridad de la persona) (Dohrenwend, 2006) o un gran impacto emocional (por ej., muerte del cónyuge) a lo largo de la vida de las personas (Breslau, Kessler, Chilcoat, Schultz, Davis y Andreski, 1998; Davidson, Hughes, Blazer y George, 1991; Kessler, Davis, y Kendler, 1997; Kessler, Sonnega, Bromet, y Nelson, 1995; Norris, 1992; Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders, y Best, 1993; Turner y Lloyd, 2004, 1995). La razón para subrayar la importancia de estos eventos vitales más remotos es porque las alteraciones que producen pueden convertirse en crónicas (Brown y Harris, 1978; Lepore, 1997) y/o pueden volver a manifestarse con nuevos sucesos vitales posteriores (Grant, Compas, Stuhlmacher, Thurn, McMahon y Halpert, 2003; Grant et al., 2004; Hammen, 2005; Monroe y Harkness, 2005). Así, una de las direcciones que ha tomado la investigación sobre el efecto de los sucesos vitales es la propuesta por Kraus (Kraus et al., 2004) y otros autores (Dulin y Passmore, 2010; Shira, Shmotkin y Litwin, 2012), que estudian el efecto que los sucesos vitales pasados (ocurridos en la infancia, juventud y adultez) tienen sobre la salud física y mental de las personas en las últimas etapas de su vida, sobre la base de la asunción de que los sucesos vitales adversos ocurridos en la edad



adulta alcanzan su mayor efecto perjudicial sobre la salud mental y física de las personas en la etapa de la vejez, datos que no encontraron con los sucesos ocurridos en la infancia (Dulin y Passmore, 2010; Kraus et al., 2004).

Esto sugiere la necesidad de explorar, precisamente en la población mayor, dichos eventos vitales que, aun habiendo ocurrido en el pasado, podrían estar teniendo un efecto en la salud física y/o psicológica en el malestar psicológico actual de la persona. Pero, sobre todo, la mayor de las necesidades derivadas de los cuestionarios y entrevistas revisados hasta ahora, es incluir otro tipo de variables que hagan referencia a los mecanismos -tales como las estrategias de regulación emocional- que, más allá de la propia experiencia de los eventos, permitan explicar el impacto que tienen tales sucesos sobre cada individuo.

## **1.4. Sumario y reflexiones finales**

---

De la revisión planteada hasta el momento, se hace evidente que los eventos vitales, especialmente los negativos por la innegable frecuencia con la que aparecen en las últimas etapas de la vida, son variables que deben incluirse en los modelos de explicación del envejecimiento y el bienestar físico y psicológico de las personas mayores. Tal y como ha quedado constatado, los eventos vitales presentan tanto consecuencias negativas como, en menor medida, positivas sobre el bienestar psicológico de las personas. De todo ello se desprende la necesidad de desarrollar estudios que analicen el papel de los sucesos vitales pasados sobre el bienestar actual de las personas mayores.

Otra de las ideas destacadas a lo largo de este capítulo, y que será objeto de revisión en el capítulo dos, es la importancia de las estrategias de regulación emocional que emplea la persona como variables moduladoras del impacto que los sucesos vitales tienen sobre su bienestar físico y psicológico. De forma específica, se ha constatado cómo las estrategias de regulación de emociones modulan la interacción entre sucesos vitales y malestar psicológico. Concretamente, Dohrenwend y Dohrenwend (1981) han destacado el importante papel modulador que presentan las estrategias de regulación emocional puestas en marcha por la persona en la relación entre los sucesos vitales que ésta experimenta y el impacto psicológico de los mismos. Estos mismos autores señalan la importancia del grado de interferencia que los sucesos vitales tienen en las metas y valores de las personas, de cara a explicar su capacidad para afectar el bienestar emocional de éstas. Por lo tanto, no cabe excluir del estudio de los sucesos vitales el análisis de las estrategias de afrontamiento y

regulación que la persona mayor pone en marcha para adaptarse a los cambios y/o pérdidas implicadas en dichos sucesos. Sin embargo, a lo largo del capítulo se ha hecho evidente la escasez de instrumentos de evaluación de sucesos vitales que permitan evaluar también el papel de las variables de regulación emocional para explicar el impacto emocional de dichos sucesos sobre el malestar psicológico actual de las personas, esto es, el significado psicológico de cada evento para la persona (Tang, et al., 2007). Dulin y Passmore (2010) señalan esta misma limitación, indicando la escasez evidente de estudios que analicen el papel que los sucesos vitales del pasado tienen sobre la salud actual de las personas mayores, sugiriendo, además, que es precisamente en esta etapa vital en la que mayores efectos perjudiciales presentan tales eventos vitales del pasado (Berntsen y Rubin, 2002; Dulin y Passmore, 2010; Kraus et al., 2004). De esta reflexión, por tanto, se deriva la necesidad de diseñar y validar instrumentos que permitan analizar, no sólo la ocurrencia de sucesos vitales a lo largo de la vida de las personas, sino también el papel que éstos pueden tener en la explicación del estado emocional y el nivel de bienestar psicológico actual de las personas mayores. La importancia de esta potencial influencia, es aún mayor cuando se tiene en cuenta algo ya señalado con anterioridad: el hecho de que la vejez es la etapa vital en la que las personas se someten a una importante reflexión personal sobre los hechos ocurridos a lo largo de la vida (Erikson, 1982).

Otro de los puntos destacados en la revisión realizada en este capítulo es el señalado por la perspectiva del ciclo vital, según la cual en la vejez existe una mayor proporción de pérdidas (por ej., pérdida de funciones físicas de roles...) que de ganancias (Baltes et al., 1999). Por tanto, se hace evidente la necesidad de analizar el papel de los sucesos vitales en relación al bienestar psicológico entendiendo que, en gran medida, una importante proporción de tales sucesos son, fundamentalmente pérdidas (por ej., las pérdidas de roles, el fallecimiento del cónyuge u otros familiares...) que se producen en las últimas décadas del ciclo vital

Por otro lado, es preciso destacar la innegable relevancia que presentan para la población mayor los procesos de autorregulación que llevan a cabo a partir de la experiencia de los sucesos vitales más significativos en la vejez. Concretamente, resultan fundamentales los procesos de regulación de emociones y los relacionados con el establecimiento, seguimiento y gestión de las metas personales significativas.

En relación con la regulación afectiva, se ha destacado cómo los sucesos vitales ocurridos tanto en el pasado como en la etapa de envejecimiento ejercen un papel esencial (perjudicial o beneficioso) sobre las personas, modulado en gran medida por las estrategias

de afrontamiento y de regulación emocional. Así, cuando las personas mayores se implican especialmente en los recuerdos sobre acontecimientos de su pasado para desarrollar e integrar su propia historia vital (Erikson, 1982), parece cobrar una especial importancia la capacidad de ajustar los mecanismos de regulación emocional desadaptativos desplegados en relación con los sucesos vitales vividos, de cara a dar un sentido y significado valioso a la propia vida y poder mantener las metas y objetivos vitales futuros activos. Aquellas personas que no consiguen aceptar e integrar su pasado en una historia vital con sentido desarrollan sentimientos de frustración y depresión, y remordimientos por los errores del pasado (Erikson, 1982). Tal y como lo plantea Dittman-Kohli (2005), las personas mayores otorgan una importancia especial al pasado en su autodefinición, planteándose su futuro como un período de prolongación del pasado y presente, más que como un período de cambios y metas muy novedosas (Dittman-Kohli, 2005).

En este contexto, resulta evidente que un adecuado afrontamiento de las pérdidas y una regulación adaptativa de las emociones asociadas a éstas parece implicar necesariamente un cierto grado de modificación y/o cambio en las metas y objetivos de las personas mayores, esto es, un adecuado reajuste de las mismas, de cara a seguir manteniendo valores personales activos que aporten sentido y significado a sus vidas. La importancia de tal ajuste de metas ha sido ya señalado por autores como Janoff-Bulman (1992), quien propone que los sucesos vitales negativos provocan una crisis personal en el conjunto de valores, creencias, actitudes ante la vida, relaciones afectivas y sociales, todo lo cual provocaría dificultades a la persona para integrar de forma adecuada sus experiencias. En esta misma línea, algunos autores entienden que en las últimas etapas de la vida se llevan a cabo procesos de revisión de vida, definidos como “el retorno progresivo a la conciencia de recuerdos y conflictos pasados no resueltos, para su revaluación y resolución” (Butler, 2001). McAdams (2001) propone que las historias vitales de las personas son, precisamente, las que dan sentido y significado a los cambios que se producen en las personas, y gracias a las cuales la persona adquiere su personalidad y propósito en la vida.

Concluyendo, en este capítulo se han destacado algunos aspectos clave para entender el presente trabajo de investigación. Estos aspectos se resumen en el Cuadro 1.

**Cuadro 1.** Conclusiones del capítulo 1.

<b>Conclusiones de este capítulo</b>
--------------------------------------

Los sucesos vitales pasados y presentes afectan en gran medida al bienestar de las persona mayores.

El ajuste flexible de metas es un elemento central en el proceso de adaptación y aceptación de los cambios vitales inherentes a las últimas etapas de la vida (por ej., viudedad, jubilación...).

Parece necesario diseñar instrumentos de medida que evalúen el malestar emocional actual de las personas mayores, relacionado o asociado directamente con los eventos vitales ocurridos en el pasado.

Es necesario evaluar las estrategias de regulación emocional empleadas en el afrontamiento de tales eventos, que en su mayoría, son pérdidas., de cara a entender el significado psicológico de dichos eventos.

## **CAPÍTULO 2**

# **La regulación emocional en las personas mayores**

---



## **Introducción**

---

Si bien en el primer capítulo se ha señalado la importancia que tiene estudiar el impacto de los sucesos vitales en las personas mayores, en este capítulo se describirán los mecanismos adaptativos y desadaptativos de afrontamiento emocional que ponen en marcha las personas mayores para hacer frente a dichos sucesos e intentar, con mayor o menor éxito, adaptarse a ellos y aceptarlos. El punto de partida del presente capítulo es el modelo de estrés y afrontamiento propuesto por Lazarus y Folkman (1984) que, como ya se ha indicado en el primer capítulo, plantea la existencia de dos tipos de estrategias de afrontamiento: a) el afrontamiento centrado en el problema, consistente en acciones dirigidas a modificar el problema, incluyendo la generación de alternativas para resolverlo (solución de problemas); y b) el afrontamiento centrado en la emoción, que implica poner en marcha estrategias desarrolladas para regular y modificar el estrés emocional asociado con cada situación estresante. Según esta clasificación, la regulación emocional es considerada como proceso de afrontamiento basado en la emoción (Lazarus y Folkman, 1984). Esta cuestión cobra especial relevancia en la vejez dado que, tal y como se describió en el capítulo 1, diversas teorías gerontológicas fundamentales, tales como la teoría del control a lo largo del ciclo vital de Heckhausen y Schulz (1993, 1995; Schulz y Heckhausen, 1996) o la teoría de la selectividad socioemocional (Carstensen, 1992), coinciden en señalar la centralidad de la regulación emocional en las personas mayores. Si bien esto es así, porque tal población tiende a emplear en mayor medida este tipo de afrontamiento (acomodativo o de control secundario) -consistente en la modificación de los pensamientos y emociones (por ej. reajuste flexible de metas, aceptación de emociones, etc.)- que las estrategias de afrontamiento centrado en el problema (asimilativas o de control primario) -basadas en el cambio y confrontación de las situaciones estresantes-, dadas las importantes limitaciones para el ejercicio de este tipo de control ante situaciones problemáticas habituales en la vejez (por ej. fallecimiento de familiares, jubilación, enfermedad, etc.).

En este capítulo se realiza una breve revisión sobre el estudio del procesamiento y regulación de las emociones, centrándose de manera más específica en estrategias como la rumiación, la evitación experiencial y el crecimiento postraumático, asumiendo la importancia central de estos procesos emocionales para la explicación de la adaptación de las personas a los eventos vitales estresantes, objetivo central de la presente tesis doctoral.

### **2.1. Regulación emocional: operativización del constructo**

---

El estudio sobre la regulación emocional ha recibido un creciente interés por parte de los investigadores (Kring y Sloan, 2010; Rottenberg y Gross, 2003), dirigiéndose de forma especial a la búsqueda de la asociación de dichos procesos con el riesgo de desarrollar distintos tipos de psicopatología (Campbell-Sills, Barlow, Brown y Hofmann, 2006; Gross, 1998; Hofman, Heering, Sawyer y Asnaani, 2009).

El interés en la regulación emocional tiene sus raíces en el interés por el estudio del propio fenómeno de las emociones, cuya importancia ha sido señalada por numerosos autores. Tal y como señalan Baker y Bernbaum (2007), las emociones pueden considerarse como una fuente de información sobre la importancia que las situaciones estresantes pueden tener para las personas, en función de sus propias metas (Bagozzi, Maumgartner y Pieters, 1998). De este modo, experimentar emociones, atenderlas y aceptarlas puede ayudar a las personas a desarrollar distintas perspectivas en la solución de problemas (Salovey, Bedell, Detweiler y Mayer, 1999) y facilitar sus procesos de toma de decisiones (Oatley y Johnson-Laird, 1987), teniendo, además, múltiples funciones sociales como, por ejemplo, potenciar el intercambio social o la búsqueda de contactos sociales (Averill, 1980, Luminet, Bouts, Delie, Manstead y Rime, 2000). Puede deducirse, por lo tanto, que las emociones y, más concretamente, el proceso a través del cual éstas se regulan, presentan numerosas funciones que permiten llevar a cabo acciones adaptativas o desadaptativas sobre las situaciones cambiantes en las que se ven inmersas las personas.

La regulación emocional ha sido definida de múltiples formas. Para Thompson (1994), la regulación emocional implicaría “los procesos externos e internos responsables de monitorizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas” (Thompson 1994, p. 27-28). En un sentido similar, Cole Martin y Dennis (2004) definen la regulación emocional como la alteración de la trayectoria que siguen los procesos emocionales para ser más congruentes con las demandas y limitaciones, así como los propios objetivos y valores personales (Cole et al., 2004). En esta misma línea, y atendiendo a la definición de uno de los más reconocidos investigadores en el campo de la emoción (Gross, 1999), la regulación emocional es definida como “aquellos procesos a través de los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos, y sobre cómo las experimentamos y las expresamos” (Gross, 1999; p. 275). Este mismo autor distingue entre modos desadaptativos de control emocional (por ej., evitación, supresión o represión emocional) y modos adaptativos de regulación emocional (por ej., reevaluación cognitiva o claridad emocional) (Gross, 1999). Por su parte, Linehan (1993) define la regulación emocional como el equilibrio entre dos tendencias extremas y disfuncionales asociadas con malestar emocional y psicopatología (ansiedad, depresión,



etc.): la desregulación afectiva (labilidad emocional; Linehan, 1993) y el autocontrol de las emociones (Taylor, Bagby y Parker, 1997). Hervás y Vázquez (2006) hablan de desregulación afectiva para referirse a la presencia de un déficit en la activación y/o efectividad de ciertas estrategias de regulación ante estados afectivos negativos (Hervás y Vázquez, 2006).

Tomadas en conjunto las anteriores definiciones, parece existir consenso a la hora de considerar que existen habilidades regulatorias adaptativas y desadaptativas que se desarrollan en respuesta a los retos que se presentan a la persona (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012; Baker y Bernbaum, 2007).

Las estrategias adaptativas más comúnmente estudiadas han sido la reevaluación cognitiva, la aceptación y la capacidad de solución de problemas (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012), que se han asociado de forma positiva con variables como la reducción del afecto negativo (Goldin et al., 2008), el incremento de la tolerancia al dolor (Hayes, 1999) y un funcionamiento interpersonal efectivo (Richards y Gross, 2000).

Algunas de las estrategias desadaptativas serían la rumiación, la supresión, la evitación y la preocupación (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012), que han sido relacionadas con el desarrollo y mantenimiento de trastornos psicológicos como la depresión, la ansiedad, problemas de alcoholismo o de alimentación (Gross y John, 2003; Sütterlin et al., 2012; Mennin, Holaway, Fresco, Moore, y Heimberg, 2007; Nolen-Hoeksema y Harrel, 2002; Nolen-Hoeksema, Stice, Wade y Bohon, 2007; Nolen-Hoeksema, Wisco y Lybomirsky, 2008), o con dificultades de memoria, en el caso particular de la supresión (Richards, Butler y Gross, 2003).

De acuerdo con estudios recientes, parece que son las estrategias desadaptativas las que mayor asociación muestran con la salud mental (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012; Aldao, Nolen-Hoeksema y Schuweizer, 2010). Las estrategias desadaptativas ejercen un papel perjudicial sobre la salud mental de forma clara y directa. Asimismo, las estrategias adaptativas, aun presentando efectos beneficiosos para la salud mental, pueden reducir sus efectos beneficiosos ante la presencia de las estrategias desadaptativas. Por lo tanto, la estrategias desadaptativas (por ej. la rumiación) actúan como variables moderadoras entre las estrategias de regulación emocional adaptativas y la psicopatología, reduciendo su efecto beneficioso cuando las personas tienen altos niveles de rumiación y supresión (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012).

Para comprender la importancia y funcionalidad de las estrategias de regulación emocional resulta muy útil revisar el planteamiento teórico iniciado por Rachman (1980), quien propone la necesidad de entender la regulación afectiva como un proceso. Concretamente, Rachman (1980) introduce el constructo de procesamiento emocional, definiendo éste como el proceso por el cual las alteraciones emocionales generadas en la persona a raíz de un acontecimiento estresante van declinando poco a poco hasta que la persona las "absorbe", llegando a comprender y canalizar las reacciones emocionales negativas. Se propone que las reacciones emocionales no disminuirán en su intensidad si se intentan regular de forma directa, ya que es necesario hacerlo progresivamente, a través de un proceso de elaboración y comprensión emocional (Hunt, 1998) y, tal y como señala Hervás (2011), dicho procesamiento es el que permite absorber y canalizar la reacción emocional y, de no realizarse de forma adecuada, dicha respuesta emocional podría llegar a ser excesivamente intensa o persistente, interfiriendo con ello en la vida del individuo.

Volviendo al tema de la regulación emocional, uno de los primeros planteamientos teóricos realizados sobre las competencias emocionales fue el de Meyer y Salovey (1997), quienes propusieron de forma muy específica el constructo conocido como inteligencia emocional, el cual ha generado una gran cantidad de estudios empíricos que aportan datos interesantes para el estudio de los sucesos vitales (para una revisión más extensa de este modelo, consultar Mayer y Salovey, 1997). Estos autores han publicado una amplia colección de trabajos donde muestran que la capacidad para identificar, comprender y regular emociones, habilidades propias de la inteligencia emocional, son elementos relevantes en la adaptación a las situaciones estresantes vitales (Adeyemo, 2008; Matthews, Zeidner y Roberts, 2002; Salovey, Bedell, Detweiler y Mayer, 1999). De forma especialmente interesante para los objetivos de este trabajo, las altas puntuaciones en las competencias de inteligencia emocional se han asociado a una mejor recuperación ante eventos vitales negativos (Salovey et al., 1995).

Otro de los más destacados teóricos en el estudio inicial de las emociones es el ya mencionado James Gross (1999), autor de uno de los primeros modelos teóricos sobre la regulación emocional, enmarcando ésta, en el continuo de la experiencia emocional. Su modelo describe el proceso de la regulación de las emociones, señalando aquellos momentos en los que entran en funcionamiento las distintas estrategias de regulación afectiva. Concretamente, propone que existen dos grandes grupos de estrategias: a) aquéllas que actúan sobre los antecedentes de la emoción: exponerse a unas situaciones determinadas y no a otras (selección de situaciones); intentar cambiar dicha situación en una dirección u otra (modificación de situaciones); modular la orientación de la atención

hacia elementos de la situación; o cambiar la interpretación del evento para minimizar su impacto emocional; y b) aquellas que se emplean una vez iniciada la respuesta emocional, a través de las cuales se aplicaría la regulación para influir sobre la respuesta emocional, su expresión o su activación fisiológica.

Si bien estos modelos han influido sobre los planteamientos posteriores, facilitando la delimitación del papel de las emociones y de sus estrategias de regulación, no abordaron de forma explícita y suficiente variables tales como la rumiación o la evitación, que más recientemente están recibiendo atención, y de forma particular en este trabajo, por su gran relación con el malestar emocional y la psicopatología. A lo largo de este capítulo se profundizará más en este asunto.

## **2.2. La regulación emocional en el contexto de la perspectiva del ciclo vital**

---

Por lo que respecta al estudio de los mecanismos de regulación emocional en las personas mayores, tal y como anteriormente se comentó, conviene recordar la clasificación de estrategias de regulación emocional propuestas por Gross (1999) quien propuso una doble clasificación de estrategias, aquellas que actúan sobre los antecedentes de la emoción y aquellas que se desarrollan una vez puesta en marcha la reacción emocional. En este sentido, la Teoría de la Selectividad Emocional (Carstensen, Isaacowitz y Charles, 1999) -ya comentada en el capítulo 1-, es una teoría específica de regulación de emociones en personas mayores y representa un ejemplo de la estrategia de regulación emocional centrada en los antecedentes -descrita anteriormente-, según la cual, la persona modula y selecciona cuidadosamente las exposiciones sociales y emocionales a las que se va a enfrentar. Para ello, la persona mayor selecciona las actividades y relaciones personales que más van a potenciar su bienestar emocional. Esta teoría propone que las personas, con el paso del tiempo, toman conciencia del final de la vida y se vinculan en mayor medida a las metas y valores especialmente importantes, significativos y gratificantes para ellos (Carstensen, 2006). Como ya se ha mencionado, esta etapa está caracterizada por la amplia existencia de “finales” y “pérdidas”, lo que obliga a las personas a estar llevando a cabo un constante cambio de motivaciones y ajustes de metas (Scheibe y Carstensen, 2010). Parece lógico que, en consonancia con el modelo de Selección, Optimización y Compensación de Baltes y Baltes (1990), comentado en el capítulo 1, las personas mayores se sometan a

cambios en la expresión y regulación de emociones en un intento de adaptación a los declives asociados a la edad, tales como la mayor falta de control sobre el entorno o declives físicos y/o cognitivos.

En esta misma línea, tal y como plantea la ya comentada Teoría del control a lo largo del Ciclo Vital (Heckhausen y Schulz, 1993, 1995; Schulz y Heckhausen, 1996), parece que, con el paso del tiempo, se produce una transición en el uso de estrategias para afrontar las dificultades. Concretamente, debido a la disminución de la capacidad de control externo que se produce con el paso de los años las personas pasan de intentar cambiar la naturaleza de tales experiencias (estrategias de control primario) a poner en marcha estrategias de control secundarias, relacionadas con la regulación emocional y encaminadas a modificar aspectos personales (emociones, pensamientos, metas, valores, etc.) (Heckhausen y Schulz, 1995; Heckhausen, Wrosch, y Schulz, 2010). El objetivo de tal transición es una adecuada y eficaz adaptación a las situaciones que las personas mayores han de vivir (por ej. eventos vitales como el fallecimiento de familiares y amigos).

Otro aspecto relevante a tener en cuenta en el estudio de la regulación de emociones en las personas mayores y claramente relacionado con el refinamiento asociado al envejecimiento de los mecanismos de regulación emocional que propone la TSS ha sido el fenómeno conocido como “efecto de positividad” (Carstensen y Mikels, 2005), según el cual las personas mayores serían más sensibles a la estimulación e información positiva, mostrando menor sensibilidad o incluso evitación de la información negativa. Este fenómeno ha recibido un gran interés en la investigación, habiéndose realizado numerosos estudios de laboratorio observando este efecto en tareas de atención, memoria, toma de decisiones, etc., (Comblain, D’Argembeau, y Van der Linden, 2005; Fernandes, Ross, Wiegand y Schryer, 2008; Grühn, Scheibe y Baltes, 2007; Isaacowitz, Toner, Goren y Wilson, 2008; Kennedy, Mather y Carstensen, 2004; Kisley, Wood y Burrows, 2007; Kwon, Scheibe, Samanez-Larkin, Tsai y Carstensen, 2009). Sin duda, la numerosa investigación realizada ha dado lugar a un gran debate sobre cómo se produce este fenómeno y sobre su propia fiabilidad. Así, uno de los grandes debates generados ha sido la explicación de los mecanismos subyacentes al efecto de positividad, proponiéndose, por un lado, que este fenómeno se produce porque las personas mayores retiran el foco de atención de los aspectos negativos, y por otro, porque éstas incrementan o despliegan una mayor atención a la estimulación positiva (Grühn, Smith y Baltes, 2005).

Sí parece existir un cierto consenso en relación a la idea de que la población mayor está más especializada en poner en marcha estrategias de regulación emocional centradas

en los antecedentes (por ej., exponerse a unas situaciones determinadas y no a otras, modular la orientación de la atención hacia elementos de la situación; o cambiar la interpretación del evento para minimizar su impacto emocional), de forma previa al desarrollo de la respuesta emocional (Gross, 1999). Esta especialización en estrategias regulatorias "preventivas" se reflejaría en una gran capacidad para seleccionar los entornos diarios a los que se exponen y hacer un mayor uso de estrategias de control cognitivo y emocional para aumentar la probabilidad de experiencias positivas y gratificantes, minimizando las negativas (Charles y Carstensen, 2007; Charles y Piazza, 2009). Avalando esta hipótesis se encuentran datos como los revisados en el capítulo 1 cuando se describió la TSS, que hacen referencia a que las personas mayores tienden a reducir el número de sus contextos y contactos sociales, centrándose en las relaciones emocionalmente más cercanas o íntimas (Fredrickson y Carstensen, 1990; Lang, 2001). Además, las personas mayores parecen ejercer un mejor funcionamiento interpersonal, mostrando menores niveles de emociones negativas como la ira en situaciones interpersonales (Bucks, Garner, Tarrant, Bradley y Mogg, 2008; Charles y Carstensen, 2008), seleccionando estrategias más eficientes para resolver problemas interpersonales (Birditt, Fingerman y Almeida, 2005), y empleando una combinación de estrategias instrumentales y emocionales (mayor variedad, versatilidad y flexibilidad) en la resolución de problemas provenientes del contexto social (Blanchard-Fields, 2007).

En lo que se refiere a las estrategias concretas de regulación emocional, John y Gross (2004) han propuesto que las personas mayores tienden a utilizar en mayor medida la reevaluación cognitiva, siendo menos propensas al empleo de la estrategia de supresión (John y Gross, 2004). Sin embargo, estos resultados no han sido enteramente contrastados en población española, señalando que, si bien las personas mayores emplean en mayor medida que las jóvenes, estrategias de regulación emocional basadas la selección de situaciones, también se ha observado un mayor empleo de la estrategia de la supresión emocional, que por el contrario, es un estrategia, centrada en la respuesta emocional y no en los antecedentes (o selección de situaciones) (Márquez-González et al., 2008). La experiencia emocional en la vejez ha sido analizada por diversos autores en muestras españolas, señalando que en esta etapa puede caracterizarse por ganancias en el control y la regulación de las emociones (Márquez-González et al., 2008), a través de un mayor balance de las emociones positivas y negativas tal y como se ha señalado desde las teorías del afecto en el ciclo vital (Carstensen, 1995; Lawton, 1996). Si bien, en otro estudio de población española, las diferencias entre jóvenes y mayores en relación al balance emocional, dependía del parámetro de medida (Fernández-Ballesteros et al., 2010).

Como se comentó en el capítulo 1, es evidente que las personas mayores experimentan numerosos eventos negativos o estresantes, que exigen de ellas una adaptación y que implica, en muchas ocasiones, un reajuste de metas, objetivos y/o valores personales. Las estrategias de regulación emocional desplegadas por estas personas ante dichos eventos presentan un papel modulador en la explicación de los efectos perjudiciales que éstos pueden tener sobre su bienestar psicológico (Armstrong et al., 2011). En este sentido, resulta útil plantear, en la línea señalada por autores como Thompson (1994) o Cole et al. (2004), que las estrategias de regulación emocional puestas en marcha por la persona tras los eventos vitales negativos se encuentran íntimamente relacionadas con el ajuste de metas y objetivos que realiza la persona tras dicho evento vital. De este modo, su adecuación y eficacia podría valorarse en función del grado en que facilitan un reajuste flexible de metas y una recuperación de un funcionamiento satisfactorio en las distintas áreas de la vida de la persona. En este sentido, estrategias de regulación desadaptativas (como el empleo de la rumiación o la evitación de recuerdos y emociones dolorosos), podrían interferir con el procesamiento emocional de los sucesos y, por ende, con la adaptación a los mismos, obstaculizando el desarrollo o recuperación de patrones de comportamiento saludables (coherentes con los valores personales) y el restablecimiento de niveles de bienestar psicológico adecuados.

De forma alternativa, las personas podrían afrontar de forma más adaptativa los sucesos vitales negativos, buscando los aspectos positivos de la experiencia (revaluación cognitiva) y extrayendo aprendizaje o crecimiento personal de ellos (Baker, 2001).

Llegados a este punto, parece necesario pararse a analizar de forma más detallada algunas de las estrategias de regulación emocional (adaptativa y desadaptativa) concretas que las personas pueden poner en marcha tras los eventos vitales, ya que resultan clave de cara a predecir el impacto que dichos eventos tendrán sobre su salud psicológica e incluso física, no sólo en los momentos posteriores al evento, sino también a lo largo de todo su proceso de envejecimiento. Concretamente, las variables que se van a analizar a continuación son la rumiación, la evitación experiencial y el crecimiento personal.

---

### **2.3. Estrategias de regulación emocional desadaptativa**

---

### **2.3.1. El estilo rumiativo**

De entre las estrategias de regulación emocional, la rumiación se ha mostrado como una de las estrategias desadaptativas de regulación emocional más perjudiciales (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012; Nolen-Hoeksema, 1991). El interés por este constructo ha sido muy amplio, lo que ha generado un número importante de conceptualizaciones teóricas. En este capítulo se revisan algunas de las más relevantes. En primer lugar, se presenta un panorama de las principales aportaciones en relación con la conceptualización del constructo, incluyendo un análisis de su relación con el bienestar emocional y sus características en la población mayor. En segundo lugar, se describen en mayor detalle los modelos teóricos centrados en el constructo. A continuación se relacionará la rumiación con los sucesos vitales y posteriormente se hará una mínima revisión de los instrumentos de medida más relevantes de evaluación de la rumiación.

#### **2.3.1.1. Caracterización del constructo**

Como se ha señalado, existen diferentes conceptualizaciones y definiciones de la rumiación. El equipo de Nolen-Hoeksema, pionero y principal motor de la investigación sobre este constructo, considera que la rumiación hace referencia a la focalización de la atención, de forma insistente, en los síntomas de malestar y de angustia, sus causas y posibles consecuencias (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Nolen-Hoeksema, 1991). La rumiación también ha sido considerada como un pensamiento repetitivo de la persona sobre la propia tristeza y las circunstancias que la rodean (Conway, Csank, Holm y Blake, 2000). Watkins (2004), por su parte, considera la rumiación en el marco de un modelo teórico de autofocalización, entendiéndola como una estrategia desadaptativa que se refleja a través de la constante evaluación negativa de la persona sobre su propia situación (Papageorgiou y Wells, 2004). En este sentido, además se ha señalado que la memoria autobiográfica de la persona se encuentra limitada a recordar experiencias de tristeza o sufrimiento (Lyubomirsky, Caldwell y Nolen-Hoeksema, 1998) y que la persona presenta una incapacidad para abocarse hacia estímulos más gratificantes (Nolen-Hoeksema, 1991). Watkins (2008) sostiene que existen tres vías a través de las cuales la rumiación ejerce su papel desadaptativo y perjudicial sobre el estado de ánimo: a) a través del carácter negativo en sí mismo (o valencia) que adquiere el contenido del pensamiento rumiativo (los pensamientos sobre la propia tristeza), b) a través del contexto situacional e interpersonal en el que el individuo pone en marcha el pensamiento rumiativo (estado de ánimo depresivo, creencias negativas sobre uno mismo y c) a través del valor o significado que la

persona da a su propio proceso de rumiación, (pensar sobre el significado e implicaciones que subyacen a dichos pensamientos rumiativos) (Watkins, 2008).

Por otro lado, Robinson y Alloy (2003) plantean la reacción rumiativa ante el estrés como la tendencia a pensar de forma repetitiva sobre las inferencias o atribuciones negativas que aparecen como consecuencia de un acontecimiento vital estresante. Dicho de otro modo, y tal y como plantea la teoría de la desesperanza (Abramson et al., 1989), la reacción rumiativa incluiría pensamientos repetitivos sobre las explicaciones que la persona elabora sobre las causas, consecuencias e implicaciones negativas que tienen para sí misma los acontecimientos vitales.

Resulta interesante destacar que algunos autores han conceptualizado la rumiación como una manifestación de la evitación experiencial (Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1995; Lyubomirsky, Tucker, Caldwell, y Berg, 1999; Mellings, y Alden, 2000), concepto que hace referencia al proceso psicológico que refleja la falta de disposición de una persona a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (por ej., sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales), así como sus intentos de alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996). Por la relevancia de ambos constructos en este trabajo, esta conceptualización será abordada de forma más precisa más adelante.

Por último, cabe destacar, dado el alto porcentaje de mujeres en la población mayor, y concretamente en la muestra de este trabajo, que diversos estudios aportan evidencia de la existencia de diferencias en los niveles de rumiación en función del sexo; concretamente, las mujeres utilizan en mayor medida que los hombres la estrategia de la rumiación (Aldao et al., 2010; Butler y Nolen-Hoeksema, 1994; Nolen-Hoeksema y Aldao, 2011; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Nolen-Hoeksema, Larson y Grayson, 1999; Sütterlin et al., 2012; Tamres, Janicki y Helgeson, 2002). Algunas de las razones que se han propuesto sobre estas diferencias asociadas al género tienen que ver con que las mujeres, en comparación con los hombres, tienden a percibir que las emociones negativas como la tristeza, el miedo o la ira son difíciles de controlar, se perciben a sí mismas como más responsables del bienestar emocional de los otros, y perciben tener un menor control sobre las circunstancias de su vida (Nolen-Hoeksema y Jackson, 2001). Es altamente probable que estas características diferenciales entre hombres y mujeres se deban, en gran medida, a los distintos procesos de socialización que experimentan ambos géneros.



## Correlatos de la rumiación relacionados con el bienestar emocional

La literatura científica parece mostrar de forma consistente que la rumiación se asocia con consecuencias negativas tanto físicas como psicológicas. Diversos estudios han relacionado la rumiación con peores niveles de salud física (Cohen y Williamson, 1991; Johansen, 2008; Rozanski, Blumenthal y Kaplan, 1999; Thomsen et al., 2004; Verkuil, Brosschot, Gebhardt y Thayer, 2011), resultados igualmente obtenidos en estudios longitudinales con población mayor (Thomsen et al., 2004). Autores como Sansone y Sansone (2012) sostienen que la rumiación puede tener efectos negativos diversos en la percepción real de la salud, ya sea a través de la magnificación no intencional de síntomas (Sansone y Sansone, 2012), o bien a través de los efectos negativos que la rumiación tiene sobre el estrés físico-biológico (Segerstrom, Roach, Evans, Schipper y Darville, 2010; Watkins, 2008). En la misma línea, Zoccala (2010) ha propuesto la existencia de una importante asociación entre rumiación y niveles de cortisol. Hogan y Linden (2004) han sugerido que la rumiación presenta un efecto perjudicial sobre la tensión arterial en reposo (Hogan y Linden, 2004), asociándose con una mayor probabilidad de alteraciones cardíacas (León, Nouwen, Sheffield y Jaumdally 2010)

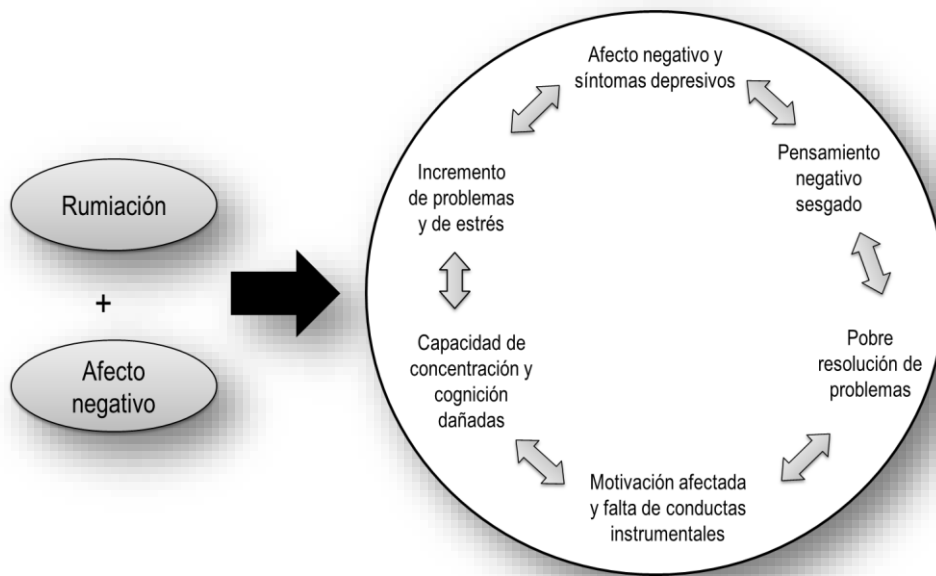
Los efectos perjudiciales de la rumiación sobre el bienestar emocional han sido señalados en numerosas trabajos tanto experimentales (Lyubomirsky et al., 1998; Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1995; Morrow y Lyubomirsky, Tucker, Caldwell y Berg, 1999) como longitudinales (Just y Alloy, 1997; Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991; Nolen-Hoeksema, Parker y Larson, 1994; Treynor, González y Nolen-Hoeksema, 2003).

Numerosas investigaciones de tipo longitudinal han señalado la relación entre la rumiación y la depresión, mostrando que las personas con un estilo rumiativo tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos depresivos y de que, además, sus síntomas sean más intensos y duraderos llegando a conducir incluso a la depresión clínica (Just y Alloy, 1997; Lam, Smith, Checkeley, Rijdsdijk y Sham, 2003; Liverant, Kamholz, Sloan y Brown, 2011; Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991; Nolen-Hoeksema, Morrow y Fredrickson, 1993; Nolen-Hoeksema et al., 1994; Treynor, González y Nolen-Hoeksema, 2003; Watkins, 2008). Se ha propuesto, además, que la rumiación podría predecir la aparición de futuros episodios depresivos (Just y Alloy, 1997), especialmente en personas con mayor vulnerabilidad cognitiva (alto nivel de atribuciones globales y estables junto con alto nivel de actitudes disfuncionales) (Robinson y Alloy, 2003). De modo más general, el mantenimiento de una perspectiva temporal negativa orientada al pasado, habitual en las personas rumiadoras, se

ha asociado a un mayor nivel de depresión así como a un estilo de afrontamiento del estrés cotidiano desadaptativo (Boyd y Zimbardo, 2005).

Lyubomirsky y Tkack (2004) han propuesto una explicación cíclica del malestar que genera la rumiación: la rumiación activaría el afecto negativo, dando lugar a consecuencias negativas tales como los síntomas depresivos, pensamiento negativo sesgado, escasa capacidad de resolución de problemas, etc., que, a su vez, facilitarían la rumiación. De este modo, rumiación y afecto negativo se retroalimentan entre sí para dar lugar a un “círculo vicioso” de malestar en la persona (Lyubomirsky y Tkack, 2004) (ver Figura 2.1).

**Figura 2.1.** Modelo adaptado de Lyubomirsky y Tkach (2006)



La rumiación también se ha relacionado con una menor efectividad en la capacidad de resolución de problemas (Lyubomirsky, Nolen-Hoeksema, 1995; Watkins y Moulds, 2005), al asociarse con una disminución de la eficacia para resolver tareas de poca dificultad, entorpecer la generación de alternativas de solución y promover la evitación como estrategia de afrontamiento (Garnefski y Kraaij, 2007; Garnefski et al., 2009; Nolen-Hoeksema et al., 2008). Además, las personas con mayor tendencia a la rumiación parecen ser más propensas a bloquearse y no movilizarse para mejorar la situación negativa en la que se ven inmersas (Ward, Lyubomirsky, Sousa y Nolen-Hoeksema, 1991). En este sentido, la rumiación también reduce la capacidad y habilidad de solución de problemas y conflictos sociales en personas deprimidas (Donaldson y Lam, 2004).

Por otro lado, la rumiación ha sido numerosas veces relacionada con variables de personalidad tales como el neuroticismo (Nolen-Hoeksema y Davis, 1999; Trapnell y Campbell, 1999), entendido éste como un rasgo desadaptativo caracterizado por una tendencia al desajuste emocional del individuo, expresado en estados afectivos negativos como el temor, la vergüenza, la frustración y la culpa (Costa y McCrae, 1992). Este rasgo se ha relacionado con sintomatología depresiva (Ozer y Benet-Martinez, 2006) y, además, se han encontrado efectos de mediación de la rumiación en el efecto perjudicial que tiene el neuroticismo sobre la depresión (Hervás y Vázquez, 2006; Nolan, Roberts y Gotlib, 1998; Roberts, Gilboa y Gotlib, 1998).

En cuanto a la relación entre la rumiación y otros problemas psicológicos, esta estrategia también se ha asociado con altos niveles de sintomatología ansiosa y abuso de sustancias en población general (Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010; Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema y Harrell, 2002), con el trastorno bipolar (Johnson et al. 2008), déficits cognitivos, como problemas de memoria (Hertel, 1998; Joormann, 2006; Joormann y Gotlib, 2008), con mayor sensación de incertidumbre y menor autoconcepto (Luxton, Ingram y Wenzlaff, 2006) y/o con estilo cognitivo negativo (Ciesla, Felton y Roberts, 2011; Ciesla y Roberts, 2007), así como con una mayor frecuencia de recuerdos biográficos negativos (Lyubomirsky et al., 1998). Además, la rumiación genera una serie de emociones negativas que afectan negativamente al curso de patologías como el abuso de alcohol y drogas, el trastorno bipolar o los trastornos del comportamiento alimentario (Caselli, Bortolai, Leoni, Rovetto y Spada, 2008; Johnson, Mckenzie y McMurrich, 2008; Nolen-Hoeksema, Stice, Wade y Bohon, 2007; Nolen-Hoeksema, 2000). Igualmente, el pensamiento rumiativo ha sido asociado con ideación suicida (Crane, Barnhofer y Williams, 2007; Smith, Alloy y Abramson, 2006; Eshun, 2000) y con la intensificación de los síntomas derivados del estrés post-traumático (Ehring, Franck y Ehlers, 2008; Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991; Nolen-Hoeksema, Morrow y Fredrickson, 1993).

Por lo que respecta a la relación entre la rumiación y otras estrategias de regulación emocional, un estudio reciente llevado a cabo por Aldao y Nolen-Hoeksema (2012) muestra cómo la rumiación ejerce un papel moderador en la relación entre las estrategias de regulación emocional adaptativas (revaluación y aceptación) y la sintomatología psicopatológica (por ej., depresión), reduciéndose los beneficios que tienen las estrategias adaptativas sobre la sintomatología depresiva cuando la persona presenta, a la vez, niveles altos niveles de rumiación. Estos mismos autores han señalado también que las circunstancias contextuales (por ej., sucesos vitales) debilitan la efectividad de las estrategias adaptativas de regulación emocional (tales como la revaluación o aceptación),

pero no de las estrategias desadaptativas (rumiación y supresión), que muestran una alta correlación con la sintomatología depresiva, independientemente del contexto que las rodea (Nolen-Hoeksema y Aldao, 2011; Aldao et al., 2010).

## Rumiación y personas mayores

Dado que este trabajo está centrado en el análisis de la rumiación, entre otras variables, en la población mayor, parece conveniente revisar la evidencia sobre la posible existencia de diferencias en niveles de rumiación en función de la edad. En este sentido, parece que la mayor proporción de estudios apuntan que los niveles de rumiación van reduciéndose con el paso de los años (Nolen-Hoeksema y Aldao, 2011; Sütterlin et al., 2012). Sin embargo, aun siendo menores los niveles de rumiación en población mayor, éstos no dejan de presentar una asociación negativa con el bienestar emocional de las personas (Blanchard-Fields, Stein, y Watson, 2004; Lyness, Conwell, King, Cox y Caine, 1997; Nolen-Hoeksema y Aldao, 2011). Por ejemplo, en el estudio llevado a cabo por Suterlin et al. (2012) en personas mayores, los resultados obtenidos respaldan la asociación entre la rumiación y la sintomatología depresiva. Los efectos principales de la rumiación sobre la sintomatología depresiva confirman la importancia que tiene esta variable de regulación emocional cognitiva en la explicación de la sintomatología depresiva en la población mayor (Nolen-Hoeksema and Aldao, 2011; Umberson et al., 1992).

También se han encontrado relaciones significativas y directas entre los niveles de rumiación y los de ansiedad en población mayor (Márquez-González, Losada, Fernández-Fernández, y Pachana, 2012).

Por lo que respecta a la salud física, algunos estudios han mostrado cómo la rumiación tiene un efecto perjudicial para la salud física en personas mayores y no en jóvenes. Así, Thompson et al. (2006), en un análisis de comparación de jóvenes y mayores, encontraron que la rumiación se mostraba como un predictor de la salud física autoinformada sólo para el grupo de personas mayores: las personas mayores con altos niveles de rumiación informaron de peor salud. A su vez, la rumiación se mostró mediadora de la relación entre salud física y afecto negativo (Thompson et al., 2006), datos consistentes con los encontrados en otros estudios (Lok y Bishop, 1999; McIntosh, Harlow y Martin, 1995; Rector y Roger, 1996). Tal y como señalan los autores, estos resultados podrían estar explicados por la teoría de la discrepancia en las metas de Martin y Tesser (1996) (que se desarrollará más adelante), según la cual una mala salud estaría creando una discrepancia

entre la situación real y las metas del individuo (mantener una buena salud), tras la cual se pondría en marcha la rumiación (Thomsen, et al.2004).

Si bien existe evidencia de que los niveles de rumiación podrían reducirse con la edad, la mayoría de estudios han sugerido que las personas mayores, en su defecto, emplean otro tipo de estrategias también desadaptativas en el proceso de regulación emocional, tales como la evitación o la supresión (Blanchard-Fields et al., 2004).

En resumen, la rumiación parece ser una estrategia de regulación de emociones desadaptativa también para las personas mayores, ya que, aun siendo menos frecuente en las personas mayores, presenta igualmente efectos negativos para la salud mental y física de este grupo de población. Este tipo de estrategia desadaptativa tiene una especial relevancia en la población mayor, precisamente por la constante adaptación a los eventos vitales a los que han de enfrentarse. Para entender su mecanismo de acción se describen, en el siguiente apartado, los modelos teóricos explicativos de la rumiación más relevantes en la actualidad y de mayor interés para este trabajo.

### **2.3.1.2. Modelos teóricos sobre la rumiación**

Como ya se señaló previamente, el estudio de la rumiación se ha concebido desde distintas perspectivas teóricas. Si bien en los apartados anteriores se han comentado diferentes aportaciones teóricas provenientes de distintas conceptualizaciones sobre la rumiación (por ej., Lyubomirsky y Tkach, 2006), en este apartado se describen en mayor detalle los modelos explicativos de la rumiación más relevantes en el contexto de este trabajo.

#### **Perspectiva de Nolen-Hoeksema (1991)**

Uno de los marcos teóricos más importantes en los que se describe esta estrategia de regulación emocional es la teoría de los estilos de respuesta a la tristeza (Nolen-Hoeksema, 1991). Esta teoría plantea que las personas que presentan un estilo rumiativo, esto es, que se centran en sus propios síntomas depresivos o en las posibles causas y consecuencias de los mismos, sufrirían durante más tiempo los efectos del estado de ánimo depresivo que aquellas personas que activasen estrategias de distracción en esas situaciones (Nolen-Hoeksema, 1991). Esta misma autora plantea que, precisamente, es este estilo rumiativo el

responsable de que las mujeres, quienes emplean con mayor frecuencia la estrategia de rumiación, sean más propensas a padecer trastornos depresivos (Nolen-Hoeksema, 1987).

Tal y como ha señalado Nolen-Hoeksema (2001), la rumiación tiene efectos perjudiciales sobre el bienestar emocional de la persona a través de cuatro vías: 1) a través de la activación de los pensamientos negativos y recuerdos (la rumiación intensifica el impacto del estado de ánimo deprimido y aumenta la probabilidad de que los individuos hagan inferencias depresógenas respecto a su situación actual); 2) la rumiación interfiere con la resolución de problemas, por lo que, 3) impide la implementación de estrategias exitosas para superar el estado de ánimo negativo, y 4) aleja a los posibles apoyos sociales, lo que da lugar a la pérdida de apoyo (Nolen-Hoeksema, 2001; Giorgio et al., 2010).

### Teoría del desarrollo de metas (Martin, Tesser y McIntosh, 1993)

Otro de los planteamientos más importantes en el estudio de la rumiación y que cobra un interés especial en este trabajo es la teoría del desarrollo de metas de Martin, Tesser y McIntosh (1993). Estos autores consideran la rumiación como una función del desarrollo de las metas, asumiendo que la rumiación no representaría una reacción a la tristeza sino, más bien, una respuesta al fracaso en la consecución de las metas que se propone la persona (Martin y Tesser, 1989; 1996). En este caso, se define la rumiación como “una clase de pensamientos conscientes que giran en torno a un tema común y que son recurrentes en la ausencia de demandas del entorno inmediato” (Martin y Tesser, 1996, p.7). De forma más específica, estos autores plantean que, cuando se produce un fallo en el logro de una meta, aparece una reacción rumiativa como un mecanismo automático de alerta y como una forma de autorregulación (Martin y Tesser, 1989; 1996). Esta señal activaría a la persona para reajustar esa situación, a través de un ajuste más flexible de la meta, revaluando cuánto de deseable sigue siendo esa meta o cuánto de coherente está siendo el comportamiento llevado a cabo para conseguirla (Martin y Tesser, 1996). De acuerdo con Brinker y Dozois (2009), el planteamiento que proponen Martin y Tesser (1996) supone que la rumiación hace referencia a pensamientos que evocan el pasado (diferenciándose de un concepto muy relacionado como es la preocupación, que estaría fundamentada en pensamientos dirigidos al futuro). Este planteamiento es claramente consistente con la perspectiva de autores como Carver y Scheier (1998), quienes plantean cómo, al no producirse un avance esperado hacia las metas, el sistema de autorregulación responde activando un estado de ánimo negativo (Carver y Scheier, 1998; 1990). Esta idea está basada en la propuesta que previamente había señalado Higgins (1987) a través de la teoría de la discrepancia en el autoconcepto (SDT;

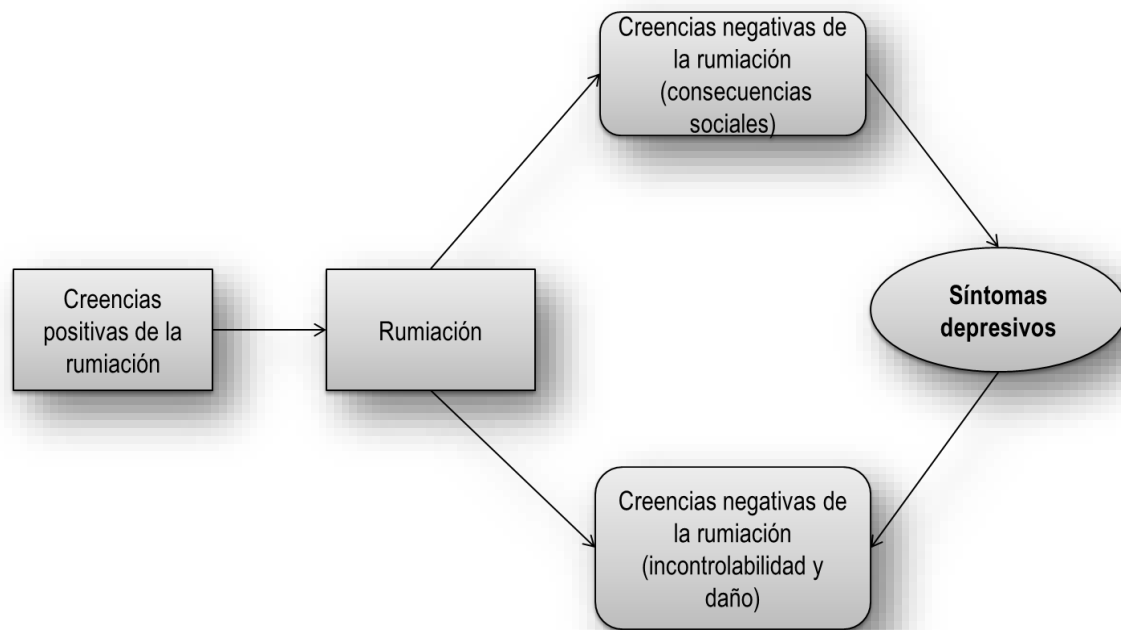
Higgins, 1987), según la cual las personas que presentan diferencias entre el yo-ideal y el yo-real tenderán a presentar reacciones depresivas (Higgins, 1989).

No obstante, del planteamiento de Martin y Tesser (1996) cabe destacar que las respuestas rumiativas pueden tener un efecto adaptativo en un primer momento, actuando estas respuestas como una señal de alarma o como activadoras del estado desajustado de la persona con respecto a sus metas. Sin embargo, podrían llegar a convertirse en un mecanismo de ajuste desadaptativo si la persona no es capaz de encontrar solución a la situación problemática y generadora de malestar, dando lugar entonces a rumiaciones más elaboradas que fomentan estados depresivos más estables en la persona. Por lo tanto, este planteamiento considera la rumiación como el elemento activador (o señal de alarma) del estado de ánimo depresivo, y sugiere que es causada, fundamentalmente, por un importante distanciamiento de la persona con sus propias metas personales (Martin y Tesser, 1996).

La teoría de Martin y Tesser (1996) cobra una importancia esencial como marco teórico que guía el presente trabajo, puesto que destaca la importancia de estudiar los mecanismos a través de los cuales las personas mayores no logran adaptarse a los cambios vitales tan habitualmente presentes en la vejez y que, con mucha probabilidad, provocan modificaciones profundas en sus metas y valores personales. Esta conceptualización de la rumiación subraya la importancia de conocer cómo mecanismos regulatorios como el que nos ocupa podrían estar interfiriendo en la adaptación y reajuste flexible de metas en la población mayor, tras la experimentación de sucesos vitales importantes, tales como, por ejemplo, la muerte de un familiar.

### Modelo de Papageorgiou y Wells (2003)

De forma similar al modelo anterior, Papageorgiou y Wells (2003) han planteado un modelo metacognitivo de la rumiación y la depresión (ver Figura 2.2), que se encuentra incluido dentro de la teoría de la Función Ejecutiva Autoregulatoria (S-REF; Wells y Matthews, 1994; 1996).

**Figura 2.2.** Modelo de rumiación y depresión propuesto por Papageorgiou y Wells (2003).

Este modelo explica los trastornos emocionales como síndromes cognitivos-atencionales, caracterizados por respuestas de autofocalización basadas en estrategias de afrontamiento desadaptativas ante las amenazas (Wells, 2000; Matthews y Wells, 2004). Estos síndromes cognitivos-atencionales se manifiestan a través de dos mecanismos: a) la rumiación y/o la preocupación que representan los mecanismos por los cuales se activan las creencias desadaptativas de la persona sobre sí misma, y b) la disminución del funcionamiento cognitivo y la aparición de sesgos atencionales (Papageorgiou y Wells, 2000). Según este modelo, existe un procesamiento metacognitivo positivo que se asocia con creencias positivas sobre la efectividad del empleo de la rumiación como una estrategia de afrontamiento adaptativa (por ej., “para entender los sentimientos sobre la depresión, necesito rumiar sobre mis propios problemas”), para ser capaz de reducir las discrepancias entre el estado presente y el deseado de uno mismo. Sin embargo, cuando la rumiación no llega a cumplir esta función y, por tanto, no reduce esta discrepancia, su función dejaría de tener un papel adaptativo para convertirse en desadaptativa, activándose creencias negativas asociadas a la rumiación, junto con una disminución del humor y a una interferencia en la capacidad de resolución de problemas efectiva. Como consecuencia de esto, se ponen en marcha las metacogniciones negativas, que pueden dividirse en: a) creencias concernientes a la incontrolabilidad de la rumiación y sus efectos perjudiciales (por ej., “la rumiación supone para mí una pérdida de control”), y b) creencias sobre las consecuencias sociales e interpersonales de la rumiación (por ej., “la gente me rechazará si

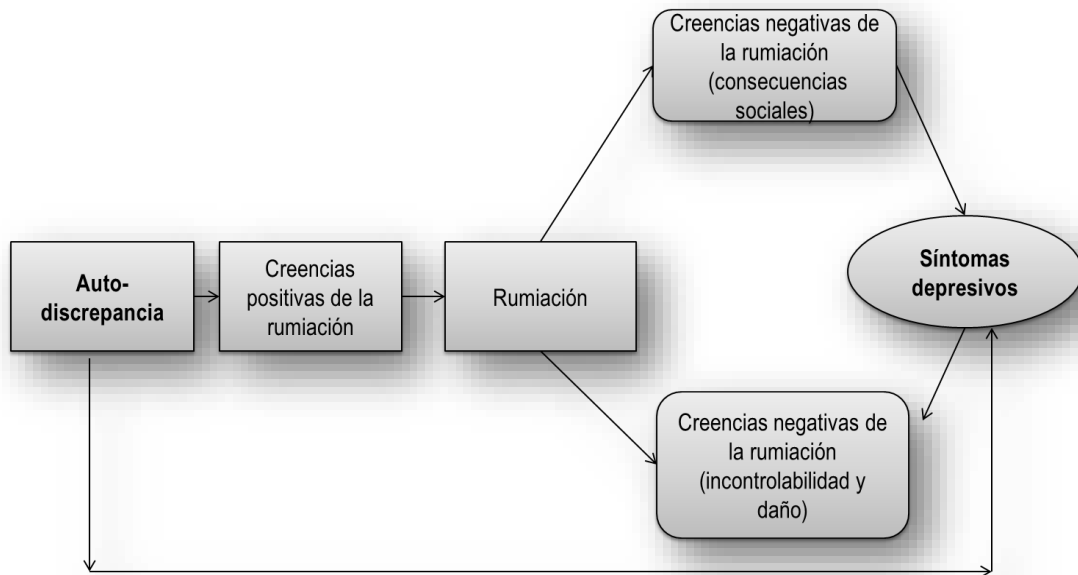


rumio”). Estas metacogniciones contribuirán al desarrollo y mantenimiento de la depresión (Matthews y Wells, 2004; Papageorgiou y Wells, 2003; 2004; Roelofs, Papageorgiou, Gerber, Huibers, Peeters y Arntz, 2007).

Concretamente, Roelofs et al., 2007, han incorporado de forma gráfica en el modelo de Papageorgiou y Wells (2004), el papel que la auto-discrepancia tendría en el modelo de rumiación y depresión señalado (ver Figura 2.3).

Wells (1994) plantea que, en el proceso de consecución de las metas, las emociones tienen una función informativa, y a veces sesgan la información y datos sobre los sucesos externos. Por su parte, cuando se detectan amenazas externas, las estrategias de afrontamiento (rumiación, supervisión o preocupación) se ponen en marcha para como mecanismo de autorregulación para sobreponerse al camino dirigido al logro de las metas, pero a la vez, su puesta en marcha, puede seguir funcionando como señales de amenaza. Por tanto, el procesamiento planteado por Wells se pondría en marcha únicamente cuando se produce la discrepancia en la situación real y la meta que se pretende alcanzar. Bajo esta perspectiva, el uso de la rumiación deriva de las creencias de la persona, que considera la rumiación, en este primer momento, como una estrategia de afrontamiento y autorregulación adaptativa (Matthews y Wells, 2004). De este modo, la rumiación es una estrategia capaz de provocar una conciencia de los problemas o pérdidas y autocreencias negativas. A partir de tal conciencia del problema y creencias negativas, o bien se pondrían en marcha estrategias de resolución de problemas o bien, por el contrario, tal rumiación podría convertirse en una estrategia desadaptativa. Esto se produciría al activarse las creencias negativas sobre uno mismo ejercidas a través de la rumiación, ya que se activa también su interferencia sobre la capacidad de reestructuración efectiva y positiva sobre los recuerdos negativos (Martin, Shrira y Startup, 2004; Matthews y Wells, 2004; Papageorgiou y Wells, 2004).

**Figura 2.3.** Adaptación llevada a cabo por Roelofs et al. (2007) en el Modelo de rumiación y depresión propuesto por Papageorgiou y Wells (2003).



### 2.3.1.3. La rumiación en el marco de estudio del procesamiento emocional

Los primeros modelos de regulación emocional (Meyer y Salovey, 1997; Gross, 1999) no incorporan de forma explícita en su análisis la rumiación como una estrategia específica de regulación emocional. En este apartado, se revisan algunos modelos teóricos recientes sobre la regulación emocional en los que resulta posible situar e integrar el papel de la rumiación en el proceso de regulación de emociones. Aunque no es propósito de la presente tesis doctoral analizar extensamente el papel de la rumiación en los modelos de regulación emocional, sí parece importante hacer un breve análisis de cómo esta estrategia puede afectar a las personas en relación con su proceso de regulación de emociones.

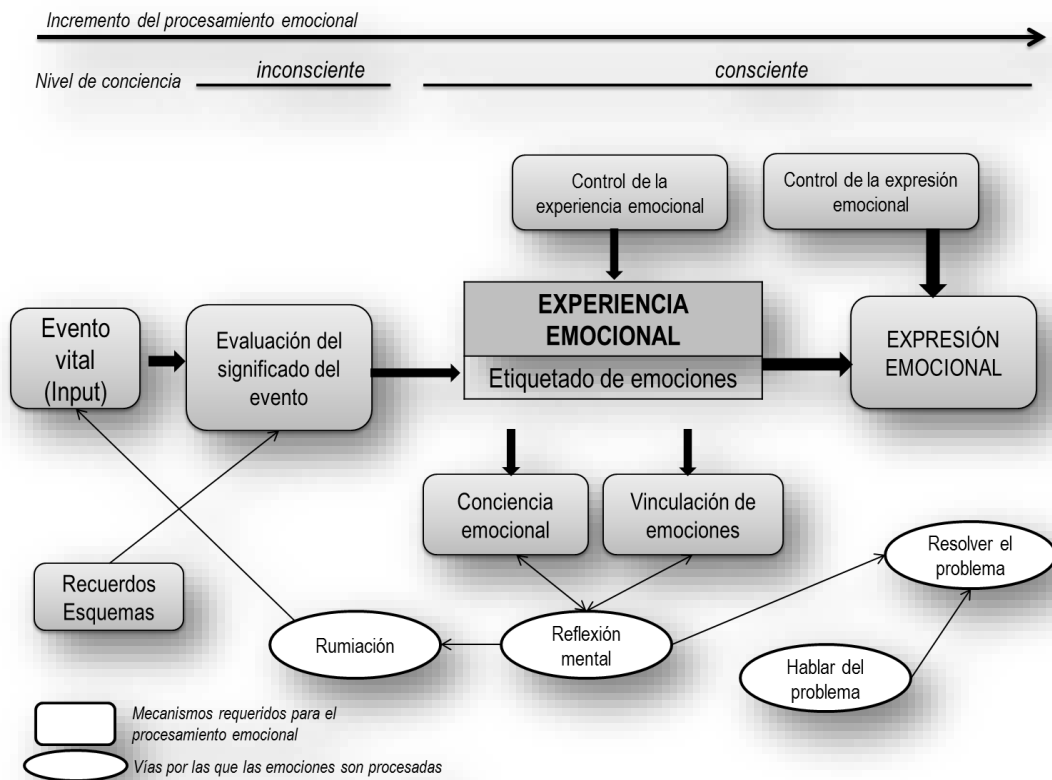
#### Modelo de Baker (2001)

La propuesta teórica de Baker, Thomas, Thomas y Owens (2007) sobre el procesamiento emocional resulta especialmente interesante para enmarcar teóricamente la presente tesis doctoral. Estos autores relacionan de forma explícita el procesamiento de las emociones experimentadas ante eventos vitales con el modelo de estrés de Lazarus y Folkman (1984). Este modelo (Baker et al., 2001) se centra especialmente en el afrontamiento centrado en la emoción propuesto por Lazarus y Folkman (1984), añadiendo

que tal afrontamiento sólo puede llevarse a cabo entendiéndolo como un estilo activo de identificación, procesamiento y expresión de las emociones. Asimismo, estos autores proponen, en una línea muy similar a la propuesta por Martin y Tesser (1996), que el afrontamiento centrado en la emoción se lleva a cabo en base al ajuste del estado personal de la persona en relación a sus metas, y como un proceso global de experiencia y expresión de las emociones (Baker, 2001). Baker (2001) plantea, por lo tanto, que las estrategias de regulación emocional deben estudiarse en relación a la etapa del procesamiento emocional en el que se producen.

Según este modelo, la mayor parte de las personas pretende llevar a cabo un procesamiento emocional satisfactorio ante los eventos vitales estresantes y negativos, a través de diversas formas (por ej., hablando del problema, expresando sentimientos, realizando cambios en su vida, o mediante el abuso de alcohol y drogas), para que éstos interfieran lo menos posible en sus vidas cotidianas. Sin embargo, algunas personas no realizan un procesamiento emocional adecuado de los eventos vitales, lo cual se refleja en un afrontamiento represor o evitativo de las cogniciones o emociones negativas que les impide reducir el impacto emocional que producen tales eventos (Baker, 2001). El hecho de no reducir el impacto emocional puede conllevar consecuencias importantes para el bienestar psicológico (Baker, 2001).

Como puede apreciarse en la Figura 2.4, el modelo original de Baker (2001) muestra cómo el proceso de regulación de emociones se va desarrollando en distintas fases (evaluación cognitiva del significado del evento, experiencia emocional y expresión emocional) y propone, además, una serie de vías de regulación de las emociones que podrían darse en paralelo al procesamiento emocional. Concretamente, una de estas vías de procesamiento de la emoción es la rumiación, –otras son la reflexión mental y la resolución del problema– que interviene de forma conjunta con los mecanismos de procesamiento emocional propuestos en el modelo (ver Figura 2.4). Se puede considerar que, según este modelo, la rumiación se convierte en una estrategia emocional desadaptativa surgida como resultado de una inadecuada reflexión mental (la cual, bien realizada, llevaría a la resolución del problema, y por tanto a un adecuado procesamiento emocional) sobre la experiencia emocional que ha producido el evento. Por tanto, la inadecuada reflexión en la fase de experiencia emocional daría lugar a la rumiación relativa al recuerdo del evento vital.

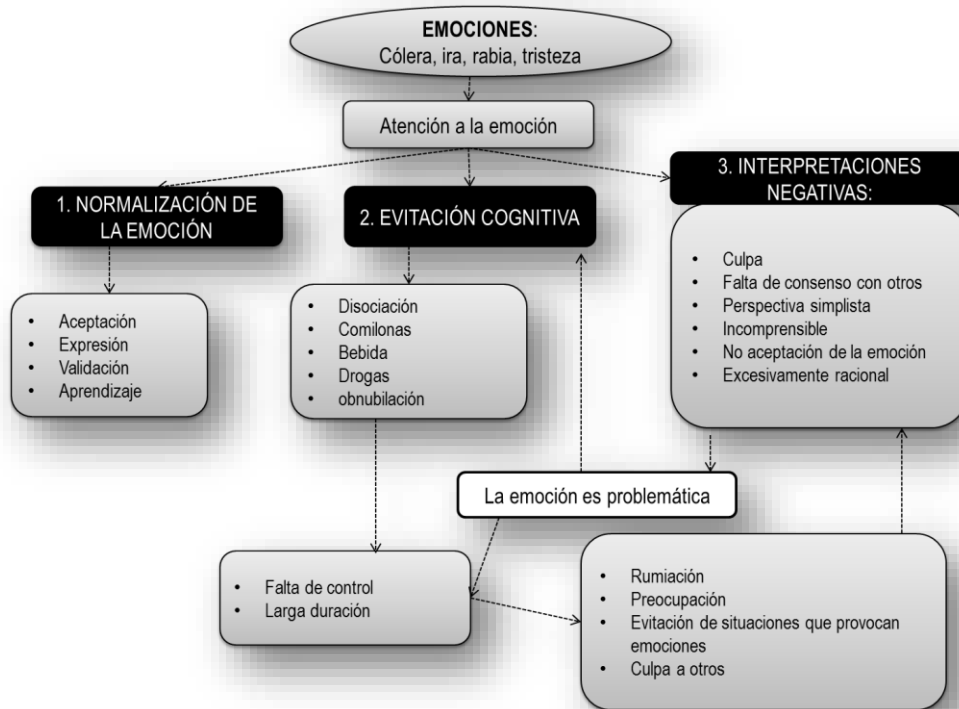
**Figura 2.4.** Modelo de procesamiento emocional (Baker, 2001).

En resumen, este modelo destaca la importancia de considerar la rumiación como una estrategia de regulación emocional desadaptativa que tiene un efecto negativo sobre las emociones que generan los sucesos vitales estresantes y sobre la adaptación de la persona a dichos evento (para una revisión más extensa de este modelo, consultar Baker, 2001).

### Modelo de Leahy (2002)

Otro de los más relevantes modelos de procesamiento emocional es el planteado por Robert L. Leahy (2002). El modelo social-cognitivo de esquemas emocionales de Leahy (2002) se centra en el rol que representan, para cada persona, las emociones y las estrategias de procesamiento emocional empleadas para su regulación. Las estrategias de procesamiento dan lugar a que la persona se construya su propia conceptualización específica y personal de cada emoción. El modelo asume que las emociones universales (miedo, ira, alegría...) provocan en las personas diferentes estados y experiencias

emocionales en función de dichas conceptualizaciones. Con este modelo, Leahy (2002) propone la existencia de catorce esquemas emocionales relevantes en el procesamiento emocional, tanto en el mantenimiento de las experiencias emocionales negativas, como en la creación de obstáculos en el proceso de psicoterapia que, a su vez, pueden solaparse entre sí. Uno de los catorce esquemas es la rumiación. Concretamente, el modelo propone que el procesamiento emocional comienza con la atención prestada por la persona a su emoción, momento a partir del cual ésta sigue una de tres vías posibles, elegida de forma inconsciente, en función de la valoración o conceptualización que hace sobre su propia experiencia emocional (ver Figura 2.5). Estas tres vías son las siguientes: a) la normalización de la emoción, que representa la vía más adaptativa y se lleva a cabo a través de la aceptación de la emoción, su expresión y la validación de la misma; esta vía se encuentra vinculada a la valoración de la emoción como una experiencia "normal", por lo que reduce las posibilidades de mantener el estado emocional negativo; b) la evitación cognitiva y emocional, que surge a partir de una valoración de la experiencia emocional como algo negativo que es incontrolable e intolerable, y es expresada a través de conductas motoras (por ej., comidas excesivas, beber) y cognitivas (por ej., rumiación o preocupación improductiva), a través de las cuales la persona trata de escapar de las emociones negativas o eliminarlas (más tarde se retomará este concepto, en el apartado de evitación experiencial); y c) las interpretaciones negativas, vinculadas a la valoración de la experiencia emocional como incomprensible, amenazante o avergonzante. En este caso, nuevamente, las estrategias regulatorias desadaptativas, como la rumiación y la preocupación, conducirían a la persona a una escalada de sentimientos negativos (Leahy, 2002).

**Figura 2.5.** Adaptación del Modelo de esquemas emocionales de Leahy (2002)

Cabe destacar que este modelo señala las variables de interés para este estudio (rumiación y evitación) como mecanismos desadaptativos del procesamiento de las emociones. Por lo que respecta a la rumiación, ésta se activa en el momento en el que la persona tiene una falta de control sostenida en el tiempo derivada de la evitación de emociones (segunda vía propuesta por Leahy, 2002) (este concepto se describirá más extensamente en el apartado siguiente). Además, a juzgar por el análisis de Leahy, parece que la rumiación no aparece solo en esa vía como mecanismo desadaptado en el procesamiento de la emoción, sino que, en la tercera vía, también desadaptativa, la rumiación se convierte en una de las consecuencias negativas del empleo de los esquemas emocionales negativos que se ponen en marcha cuando las personas sienten los estados emocionales negativos como amenazantes o incomprensibles. De igual modo, a juzgar por su flecha bidireccional (ver Figura 2.5) se podría sugerir que tal rumiación se convierte en un elemento potenciador o mantenedor de las propias interpretaciones negativas. De forma adicional, a juzgar por este modelo, cabe hipotetizar nuevamente una de las ideas propuestas en este trabajo, y que más tarde se desarrollará y justificará, referente a que la rumiación podría ser conceptualizada como un tipo específico de evitación, entendiendo la evitación como una estrategia más global en la persona y la rumiación un mecanismo a través del cual la evitación se pone en práctica. Como se comentó anteriormente, esta

conceptualización de la rumiación como una forma de evitación experiencial ya ha sido propuesta, con anterioridad a la propuesta de Leahy, por autores como Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema (1995) o Mellings y Alden (2000).

#### **2.3.1.4. Rumiación y sucesos vitales**

Centrando la atención de forma específica en la rumiación sobre los sucesos vitales, y asumiendo la gran presencia de tales sucesos en la población mayor (por ej., pérdidas), cabe hipotetizar la importancia de desarrollar intervenciones dirigidas a potenciar en esta población el uso de estrategias de regulación emocional adaptativas y reducir el empleo de estrategias negativas como la rumiación, con el propósito de facilitarles la adaptación a tales sucesos a través de procesos como el ajuste flexible de metas o la solución de problemas, que resultan necesarios para conseguir tal adaptación.

La rumiación no sólo se ha propuesto como una reacción a un estado deprimido actual (Ali y Toner, 1996), sino que también se ha mostrado como una causa en sí misma del desarrollo de depresión a partir de la reacción a los eventos vitales negativos pasados (Boelen, van de Bout y van de Hout, 2003; Ito et al., 2003; Nolen-Hoeksema et al., 1994). De forma específica, se han encontrado estudios que muestran cómo las personas deprimidas experimentan un elevado número de recuerdos intrusivos (pensamiento rumiativo) sobre eventos vitales negativos, los cuales hacen que persista el estado de ánimo negativo (Newby y Moulds, 2011; Starr y Moulds, 2006) y generan una intensificación de la memoria autobiográfica negativa (Lyubomirsky et al., 1998).

Por otro lado, algunos estudios se han interesado en explorar cómo la puesta en marcha del pensamiento rumiativo ante sucesos vitales, en el momento en que éstos ocurren, contribuye a amplificar y/o perpetuar el impacto negativo de tales sucesos (Stone et al., 1998). Las personas que rumian más ante sucesos vitales informan de un mayor malestar asociado ante tales sucesos (Moberly y Watkins, 2008; Robinson y Alloy, 2003). Así, Alloy et al. (2000) muestran como la interacción entre un estilo cognitivo negativo o depresivo y la rumiación sobre los sucesos vitales estresantes predicen episodios depresivos futuros (Alloy et al., 2000).

Moberly y Watkins (2008) proponen que la razón por la que los eventos negativos se asocian con estados de ánimo depresivos podría ser porque tales sucesos inducen al pensamiento rumiativo (Moberly y Watkins, 2008), el cual presenta consecuencias

depresógenas en sí mismo (Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1993). Así, estos autores, como los anteriormente citados, sugieren que la rumiación ante sucesos vitales podría estar mediando los efectos de la experiencia de eventos negativos pasados en la vida actual de las personas y, con ello, dando lugar al desarrollo y/o mantenimiento del afecto negativo (Moberly y Watkins, 2008). En otras palabras, el pensamiento rumiativo sobre eventos pasados negativos podría actuar a modo de "puente" entre el pasado y la actualidad, "prolongando" así los efectos emocionales del evento negativo, al "traerlo" (en forma de recuerdos y pensamientos sobre el evento) al momento presente. Además, en este mismo estudio, se destaca que las personas con altos niveles de rumiación identifican sus eventos vitales como más severos que los de otras personas, incluso habiéndose controlado la sintomatología depresiva (Moberly y Watkins, 2008).

De forma similar, otro estudio encontró, tras un seguimiento de siete semanas a personas que habían experimentado eventos traumáticos, que las personas que presentaban altos índices de pensamiento rumiativo presentaban síntomas depresivos más graves, en comparación con personas que se encontraban bajo las mismas condiciones pero que no presentaban esta característica (Nolen-Hoeksema et al., 1999; Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991). Silk, Steinber y Morris (2003), en su estudio llevado a cabo con adolescentes, encontraron que el empleo, tras los eventos negativos, de algunas estrategias tales como la rumiación se asoció con mayores sentimientos de tristeza e ira en momentos posteriores (Silk, Steinber y Morris, 2003).

Con lo planteado hasta el momento, queda patente que la rumiación se muestra como una estrategia desadaptativa de regulación emocional y cabe hipotetizar, que podría estar revelando una dificultad de aceptación de las experiencias pasadas. Así, por ejemplo, se ha encontrado en adultos en duelo que el estilo rumiativo predecía episodios depresivos tras los seis meses del acontecimiento, incluso habiéndose controlado los niveles previos de depresión, apoyo social y estrés y otras variables como el género (Nolen-Hoeksema et al., 1994). En esta misma línea, Davis y Nolen-Hoeksema (2001) plantearon que la rumiación podría representar el extremo de una mala adaptación a la pérdida, proponiendo, además, la necesidad de llevar a cabo intervenciones dirigidas a disminuir tales emociones (Nolen-Hoeksema, 2001). Dado que, las pérdidas afectivas, son uno de los sucesos de mayor prevalencia en la población mayor, su relación con la rumiación será analizada de forma más extensa en el capítulo 3.

Para concluir, cabe destacar el término *revisión de vida*, creado por Butler (1963; 2001), para referirse al "retorno progresivo a la conciencia de recuerdos y conflictos



pasados no resueltos, para su reevaluación y resolución” (Butler, 1963; 2001). Asumiendo que las personas experimentan un mayor número de eventos vitales negativos durante la etapa de la vejez y que, además, se producen reflexiones adicionales sobre las experiencias pasadas, tal y como apunta Butler (2001) parece inevitable fomentar el empleo de estrategias adaptativas de regulación de emociones para proteger el bienestar emocional de las personas mayores, ya que, según este planteamiento, parecen presentar una mayor vulnerabilidad psicológica.

Dado que, como se verá más adelante, uno de los objetivos del presente trabajo es proponer una nueva medida de rumiación basada en la evaluación actual de los pensamientos rumiativos relacionados con los sucesos vitales ocurridos a lo largo de la vida de la persona, en el siguiente apartado se presentan las medidas de rumiación más relevantes desarrolladas hasta la fecha.

### **2.3.1.5. Evaluación de la rumiación**

Existen numerosos cuestionarios desarrollados para evaluar la rumiación en el marco de los distintos planteamientos teóricos sobre el constructo. El más señalado en la literatura es el Cuestionario de Estilos de Respuesta (Responses Styles Questionnaire, RRS; Nolen-Hoeksema, Morrow y Fredrickson, 1990), que evalúa las estrategias que emplean las personas ante sus emociones de tristeza a través de cuatro dimensiones (rumiación, distracción, solución de problemas y actividades de peligro), de las cuales, dos de ellas (la rumiación y la distracción) son utilizadas como escalas unidimensionales y han dado lugar a la Escala de Respuestas Rumiativas (RRS), que evalúa la tendencia a emplear un estilo de pensamiento rumiativo ante las emociones negativas.

Otras escalas existentes son las siguientes: a) La Escala de Rumiación en la Tristeza (Rumination on Sadness Scale; Conway, Csank, Holm y Blake, 2000), que evalúa pensamiento rumiativo; b) La Escala de Ira y Rumiación (Anger Rumination Scale, ARS; Sukhodolsky, Golub y Cromwell, 2001), que evalúa cuatro dimensiones caracterizadas por la tendencia a focalizar la atención en aspectos relacionados con la ira recordando eventos pasados, y analizando las causas y consecuencia de éstos; c) La Escala de Rumiación sobre Ofensas Interpersonales (Rumination About an Interpersonal Offense Scale, RIO; Wade et al. 2008), propuesta para evaluar la rumiación en contextos específicos de ofensas interpersonales; d) La Escala de Rumiación-auto-observación (Rumination-Reflection Scale; Trapnell y Campbell, 1999), basada en el concepto de auto-observación y compuesta

por dos dimensiones, la rumiación y la reflexión; y e) El Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski y Kraaij, 2007), que evalúa el componente cognitivo puesto en marcha en la regulación de las emociones.

Tal y como puede verse, hasta la fecha, no existe un cuestionario que evalúe el pensamiento rumiativo específico asociado a los eventos vitales concretos ocurridos a las personas a lo largo de su vida. Por tanto, en este trabajo nos planteamos desarrollar una nueva medida de rumiación asociada a eventos pasados. Este instrumento no pretende evaluar un constructo nuevo de rumiación, dado que, tanto el estilo rumiativo, entendido como estrategia “rasgo” o disposicional, más estable en la persona (Nolen-Hoeksema; 1991), como el pensamiento rumiativo, entendido como una estrategia “estado” que actuaría como mecanismo cognitivo a través del cual se produce una desadaptativa regulación emocional, ya son constructos bien establecidos entre los teóricos y clínicos. Por tanto, la pretensión de este trabajo es diseñar una escala que evalúe un tipo de pensamiento rumiativo (como variable “estado”) específico relacionado, exclusivamente, con los recuerdos de los sucesos vitales ocurridos a la persona mayor.

## **2.3.2. La evitación experiencial**

### **3.2.1. Caracterización del constructo**

Otra de las estrategias de regulación emocional que ha cobrado una gran relevancia en la investigación clínica en los últimos años y que se ha mostrado especialmente desadaptativa es la evitación experiencial (Hayes et al., 1996). Tal estrategia ha sido definida como el proceso psicológico que refleja la falta de disposición de una persona a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (por ej., sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales), así como sus intentos de alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona (Hayes et al., 1996). De este modo, la evitación experiencial denota la tendencia a intentar controlar y/o evitar la presencia de eventos internos molestos o desagradables (emociones, pensamientos, recuerdos, sensaciones) y las circunstancias que los generan (Hayes et al., 1996). La tendencia contraria a la evitación experiencial es la aceptación, que implica una disposición activa hacia los eventos privados sin intención de modificarlos, ni en su contenido, ni en su frecuencia de aparición, y de forma específica, cuando llevarlo a cabo

provoca un daño psicológico (Hayes y Strosahl, 2004). Tal y como han señalado Flaxman, Blackledge y Bond (2011), la aceptación implicaría asumir de forma incondicional las emociones desagradables asociadas a los cambios o eventos vitales. Este proceso de aceptación se produciría sólo en el caso de que la persona asuma que tal aceptación es algo inherente al proceso por el cual puede alcanzar sus propios valores personales (Flaxman et al., 2011).

Además de los numerosos correlatos negativos que parece presentar esta variable psicológica para la salud física y psicológica, y que más adelante serán abordados en mayor detalle, la conceptualización de la evitación experiencial que más sentido cobra en este trabajo es, sin duda, la evitación experiencial como el intento de control de las experiencias internas desagradables. De esta manera, la persona se mantiene alejada de sus experiencias emocionales y en constante lucha para no contactar con tales emociones y pensamientos que causan gran malestar. En este trabajo se propone que tal evitación puede constituir una de las barreras que obstaculizan a las personas mayores la aceptación de los sucesos y cambios vitales y, por ende, su adaptación a los inevitables y frecuentes cambios (pérdidas y ganancias) propios del envejecimiento. Esta falta de disposición para experimentar las emociones desagradables, tal y como han señalado algunos autores (Hayes et al., 1999; Orsillo, Roemer y Barlow, 2003), bloquea la capacidad de las personas para comprometerse y comportarse coherentemente en el proceso de búsqueda de sus valores y metas, y por ende, cabe suponer que también les impide realizar un adecuado y flexible reajuste de metas en las personas mayores. Este reajuste parece indispensable, dado que, como es sabido, algunos de los cambios en los que se ve inmersa la persona mayor suponen importantes modificaciones en los hábitos de vida o roles ejercidos previamente (por ej. el fallecimiento del cónyuge supone plantear un importante cambio en las tareas y roles que se ejercían cuando dicho cónyuge vivía). Por tanto, esta dificultad de adaptación a las nuevas situaciones personales y sociales tendría como consecuencia el bloqueo o alejamiento de valores y metas personales de las personas. Así, por ejemplo, una persona a la que le diagnostican una enfermedad crónica puede no adaptarse a ella, bloqueando completamente sus metas, dejando, por ejemplo, de hacer deporte, de realizar actividades de ocio o de viajar, etc. Sin embargo, en realidad, sí sería posible para esta persona realizar estas actividades que le acercan a sus valores, realizando algunos cambios (ajustes) en las metas establecidas. Diversos estudios apoyan esta hipótesis al encontrar que la evitación experiencial interfiere con la capacidad para ser coherente con los propios valores y metas personales (Hayes et al., 1999; Wilson y Murrell, 2004; Kashdam et al. 2006).

Hayes et al. (1996) han planteado que muchas formas de psicopatología están caracterizadas por un patrón de evitación experiencial. Estos autores sugieren que dicha evitación es perjudicial porque impide a las personas responder a los estímulos aversivos (Hayes et al., 2004; Wenzlaff y Wegner, 2000). De hecho, se ha planteado la existencia del Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) (Hayes, Gifford, Follete y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001), el cual se presenta como un “patrón inflexible que consiste en que para poder vivir se actúa bajo la necesidad de controlar y/o evitar la presencia de pensamientos, recuerdos sensaciones y otros eventos privados. Este patrón inflexible está formado por numerosas respuestas con la misma función: controlar el malestar y los eventos privados así como las circunstancias que los generan” (Luciano y Valdivia, 2006, p.84).

Puede entenderse que evitar el contenido (pensamientos o emociones) que provoca la activación emocional proporciona un refuerzo y una falsa sensación de control sobre las emociones en un corto plazo. Sin embargo, en última instancia, esta estrategia, basada en el intento de control de los eventos privados aversivos (Hayes et al., 2004) impide a la persona realizar un procesamiento emocional adaptativo de las experiencias negativas (Giorgio, 2010). El carácter desadaptativo de la evitación experiencial se ve reflejado en su asociación con la inflexibilidad psicológica y su capacidad para bloquear a la persona haciéndola menos sensible a las contingencias y menos capaz de responder de forma eficaz a los estímulos emocionales; además, con frecuencia, esta estrategia suele facilitar procesos de generalización por los que se incrementa de forma progresiva el número y el tipo de experiencias y emociones evitadas (Hayes et al., 2004; Wenzlaff y Wegner, 2000).

En este sentido, la evitación de las experiencias emocionales negativas produce en numerosas ocasiones, tal y como ya se ha señalado, un incremento en la frecuencia de aparición de las mismas y del malestar que producen, fenómeno que ha sido denominado como “efecto boomerang” (Campbell-Sills, Barlow, Brown y Hofmann, 2006; Gross, 1998; Rachman, 1980; 2002; Wegner, 1994). Estos intentos por controlar las experiencias internas dolorosas, tal y como han señalado Márquez-González, Fernández-Fernández y Romero-Moreno, (2013) puede suponer una dificultad evidente a la hora de realizar un ajuste adecuado de metas en las personas.

## Correlatos negativos de la evitación experiencial relacionados con la salud física y psicológica

En este apartado se detallan con mayor precisión los correlatos que presenta el uso de la evitación experiencial en la salud física y psicológica.

Distintos estudios en población general muestran la asociación entre la evitación experiencial y alteraciones en la salud física y psicológica. En relación con la salud física, se han encontrado relaciones significativas entre la evitación experiencial y alteraciones en el sistema inmune (Lane y Wegner, 1995; Petrie, Booth y Pennebaker, 1998; Wegner y Zanakos, 1994). En cuanto a la salud psicológica, se han identificado asociaciones significativas entre la evitación experiencial y variables psicológicas de resultado (consecuencias) de carácter negativo tanto en población general como clínica (Flaxman, 2006; Fledderus, Bohlmeijer y Pieterse, 2010; Hayes et al., 1996). Así, por ejemplo, se ha comprobado cómo la evitación experiencial se relaciona de forma positiva con el nivel de afecto negativo (Hayes et al., 2006), la ansiedad y la depresión (Forsyth, Parkery, Finlay, 2003; Kashdan, Barrios, Forsyth y Steger, 2006; Marx y Sloan, 2005; Roemer, Salters, Raffa y Orsillo, 2005; Tull, Gratz, Salters y Roemer, 2004), y de forma negativa con la calidad de vida y la salud física (Hayes et al., 2006). Además, se ha encontrado relación entre esta variable psicológica y otros tipos de tipos de psicopatología, como el abuso de sustancias, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico o la personalidad límite (Giorgio et al., 2010).

La mayor parte de la investigación llevada a cabo sobre la evitación experiencial se ha centrado en su relación con la sintomatología ansiosa (Ayers, Petkus, Liu, Patterson y Wetherell, 2010; Levitt Brown, Orsillo y Barlow, 2004). En este sentido, antes de que el constructo de evitación experiencial alcanzara la popularidad que presenta en la actualidad, el papel de la evitación en la sintomatología ansiosa ya había sido señalado por autores como Foa y Kozak (1986; Foa, 2006; Foa, Stein y McFarlane, 2006) en su modelo para la explicación del trastorno de estrés postraumático. Esos autores proponen que la inhibición o evitación de las experiencias emocionales e imágenes mentales asociadas al malestar, impide el procesamiento emocional del miedo, lo cual, señalan, es teóricamente necesario para una exitosa habituación y extinción al estímulo fóbico (Foa y Kozak, 1986; Foa et al., 2006). Así, tal y como proponen los autores de este modelo, la habituación y la extinción sólo pueden llevarse a cabo a través de la exposición a las señales del miedo, desde el propio estímulo temido, como, a nivel más emocional, el significado emocional asociado a dicho miedo (Foa y Kozak, 1986). Concretamente, señalan que está ampliamente comprobada la

efectividad de la exposición a sentimientos previamente evitados (Foa y Jaycox, 1998) para la aceptación y adaptación a los estímulos fóbicos, que en muchas ocasiones, son experiencias emocionales basadas en recuerdos. De igual forma, Borkovec (1994) también ha señalado la evitación y la preocupación como un constructo esencial en la explicación de la sintomatología ansiosa, y más concretamente en la derivada del trastorno de ansiedad generalizada. Este autor, basado, en gran medida, en los antecedentes propuestos por Foa y Kozak, (1986) plantea un modelo explicativo de la ansiedad generalizada en el que sostiene que la preocupación es una estrategia que permite a las personas, entre otras cosas, distraerse o evitar un contacto más profundo con emociones temidas por su gran valor aversivo. Esta circunstancia provoca una falsa pero reforzante sensación de control sobre las propias emociones, lo que, en última instancia, impediría a la persona procesar sus emociones negativas de una manera adecuada, al no exponerse a sus miedos más intensos (Giorgio et al., 2010).

Aunque su papel en la sintomatología depresiva ha sido menos estudiado (Kashdan, Breen, Afram y Terhar, 2010; Moulds et al., 2007), se han desarrollado estudios en los que se hace evidente su relación con esta variable (Andrew y Dulin, 2007; Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Hayes et al., 2004; Tull, Gratz, Salters y Roemer, 2004). Fledderus, Bohlmeijer y Pieterse (2010) han relacionado la evitación experiencial con el estilo de afrontamiento pasivo, el cual, a su vez, parece relacionarse con alteraciones en el bienestar emocional (por ej., depresión y ansiedad). De hecho, se han encontrado datos que sugieren que la evitación media la relación entre el estilo pasivo de afrontamiento y las variables de salud psicológica como la depresión o el bienestar psicológico (Fledderus et al., 2010).

Por lo que respecta a otras variables de regulación emocional, el estudio llevado a cabo por Kashdan, Barrios, Forsyth y Steger (2006) ha señalado que la evitación experiencial tiene un papel mediador de los efectos de algunas estrategias de regulación emocional, como la supresión y la reevaluación, sobre la ansiedad, así como de otras estrategias de afrontamiento y regulación emocional desadaptativas (por ej. sensibilidad a la ansiedad, sensaciones corporales de miedo) (Kashdan et al., 2006).

## Evitación experiencial y personas mayores

Por lo que respecta al envejecimiento, si bien la investigación sobre la evitación experiencial es aún escasa, la que existe apunta en la misma dirección que en la población general. Concretamente, en población mayor, se han puesto de manifiesto asociaciones entre el empleo de la evitación experiencial y sintomatología somática, depresiva y ansiedad (Andrew y Dulin, 2007; Ayers et al., 2010; Petkus, Gum y Wetherell, 2012). Andrew y Dulin (2007) han señalado cómo la evitación experiencial modera la relación entre problemas de salud física y malestar emocional en personas mayores, siendo ante niveles mayores de evitación experiencial cuando más fuerte se hace la relación entre problemas de salud y depresión (Andrew y Dulin, 2007). Cabe señalar que la evitación experiencial también se ha relacionado con peores resultados tras el tratamiento de la depresión en personas mayores (Rosenthal, Cheavens, Compton, Thorp y Lynch, 2005).

Además de su asociación con el bienestar emocional, se ha encontrado una relación negativa y significativa entre la evitación experiencial y la salud objetiva, la productividad, la seguridad y la calidad de vida de las personas mayores (Andrew y Dulin, 2007; Butler y Ciarrochi, 2007). Por otro lado, se ha encontrado que el empleo de la estrategia de supresión del pensamiento (a través de la evitación) para afrontar pensamientos incómodos se asocia con la percepción de menor sentido en la vida para personas mayores (Krause, 2007). Finalmente, se ha encontrado que la evitación se asocia con el incremento de ideación suicida en personas mayores deprimidas que presentan comorbilidad con otros trastornos de personalidad (Cukrowicz, Ekblad, Cheavens, Rosenthal y Lyinchi, 2008).

Tal y como han señalado Andrew y Dulin (2007), y como se ha venido señalando en este trabajo, las estrategias de afrontamiento en las personas mayores pueden tener un impacto significativo en su bienestar psicológico y la salud. En este sentido, se ha encontrado que el empleo de estrategias de afrontamiento evitativo en este grupo de población puede dar lugar a problemas de salud mental a largo plazo (Kraaij, Pruymboom y Garnefski, 2002; Wallace, Bisconti y Bergeman, 2001).

Por tanto, la evitación experiencial se ha mostrado como una herramienta de regulación afectiva especialmente desadaptativa (desregulación afectiva) en la vejez, principalmente por tratarse de una estrategia poco útil, tanto a nivel afectivo como de salud física, en el proceso de adaptación y aceptación de las numerosas situaciones vitales que han de experimentar las personas mayores (Andrew y Dublin, 2007). De forma específica, cabe señalar el trabajo de Butler y Ciarrochi (2007), quienes muestran cómo las personas

mayores más satisfechas con sus vidas son aquellas que tienen una mayor aceptación psicológica ante los cambios derivados del envejecimiento (Butler y Ciarrochi, 2007).

En resumen, la evitación experiencial parece ser una estrategia con efectos negativos para la salud física y mental de las personas mayores. Teniendo esto en cuenta, puede pensarse que la evitación experiencial podría ser especialmente perjudicial para la adaptación a las situaciones vitales a las que se enfrenta este grupo de población.

### **2.3.2.2. Modelos teóricos explicativos de la evitación experiencial**

La perspectiva teórica desde la que se conceptualiza la evitación experiencial es el marco de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes et al., 1999). Tal perspectiva teórica considera la evitación experiencial como una de las principales manifestaciones de la inflexibilidad psicológica, que es considerada desde este enfoque como la esencia de muchas formas de psicopatología. ACT considera que el objetivo de la terapia en estos casos ha de ser reducir niveles de evitación experiencial y entrenar a la persona en la estrategia alternativa, la aceptación, y otras estrategias más adaptativas de regulación de emociones. Por tanto, el propósito de esta teoría no es reducir los niveles de malestar emocional asociado a los eventos privados aversivos (pensamientos y emociones), sino, más bien, acercar a la persona a llevar una vida coherente con sus valores y metas personales, lo cual, aunque implique exponerse a aceptar las emociones negativas inevitables para lograr tal coherencia, redundará en una mayor satisfacción de la persona con su vida (Hayes et al., 2004). Este marco teórico se abordará con mayor detalle en el capítulo 3.

### **2.3.2.3. La evitación experiencial en el marco de estudio del procesamiento emocional**

Tal y como ya se describió en el apartado de rumiación, algunas de las perspectivas teóricas sobre el procesamiento emocional más actuales han señalado de forma específica tanto la rumiación como la evitación como estrategias desadaptativas de regulación de emociones. En este apartado se revisan estas perspectivas.

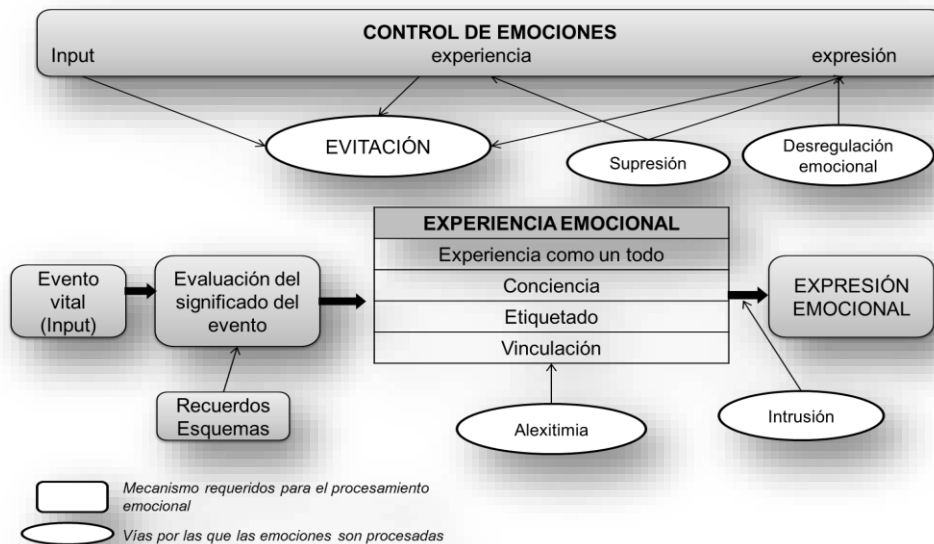
#### **Modelo de Baker**



El modelo actual de Baker (2001), ya descrito en páginas anteriores (ver apartado 3.1.3), ha realizado un significativo avance con respecto a la propuesta original (Baker, Thomas, Thomas y Owens, 2007). En esta actualización de su modelo, ilustrado en la Figura 2.6, se señalan algunas de las estrategias de regulación emocional específicas que ejercen su papel en el procesamiento emocional. Baker et al. (2007) señalan de forma concreta en qué momento o fase del procesamiento emocional puede aparecer cada una de las estrategias. Como puede verse en la Figura 2.6, una de las estrategias específicas que aparece en el nuevo modelo es la evitación, que estaría afectando a todos los niveles del procesamiento emocional, tanto en el input (suceso vital), como en el resto de etapas del procesamiento de la emoción. De acuerdo con su modelo, tratar de controlar, suprimir o bloquear (evitación) la experiencia de una emoción desagradable se puede considerar más perjudicial que la expresión abierta de emociones (Baker et al., 2007, 2004; Gross, 1998; Baker, 1989).

Por tanto, en cualquiera de los dos modelos planteados de regulación y procesamiento emocional, se plantea la evitación como una estrategia desadaptativa de regulación de las emociones.

**Figura 2.6.** Estrategias de regulación emocional en el Modelo de procesamiento emocional (Baker et al., 2007)



### Modelo de Leahy (2002)

Por lo que respecta al modelo de esquemas emocionales de Leahy (2002), también mencionado en el apartado anterior (ver apartado 2.1.3), asume también que la evitación es una vía global desadaptativa de procesamiento de las emociones negativas. En esa vía, la

persona canaliza sus emociones negativas a través de mecanismos de evitación tanto cognitiva como emocional y conductual, proceso que da lugar a la falta de control sostenida en el tiempo para la persona sobre sus propios estados emocionales. El modelo propone que, a través de esta vía de evitación, la persona podría llegar a poner en marcha estrategias de rumiación y preocupación.

#### **2.3.2.4. La evitación experiencial y los sucesos vitales**

Han sido muy pocos los estudios que, hasta la fecha, han relacionado la evitación experiencial con los sucesos vitales. Dulin y Passmore (2010) proponen que la evitación de los recuerdos sobre un evento traumático y las circunstancias previas al mismo median en la asociación entre la exposición al trauma y la depresión y ansiedad (Dulin y Passmore, 2010). Además, en este mismo estudio se encontró que la exposición a situaciones traumáticas en la juventud y mediana edad es un predictor de depresión y ansiedad en la vejez. En esta línea, Luciano y Cabello (2001) han llevado a cabo un estudio de intervención en el que se muestra cómo la evitación experiencial es una estrategia emocional muy perjudicial en el proceso de aceptación de la pérdida en un caso de duelo (Luciano y Cabello, 2001). Asimismo, numerosos estudios han propuesto que la evitación experiencial muestra altos niveles de asociación con sintomatología depresiva y ansiosa derivada del estrés postraumático (Zettle, Barner y Gird, 2009; Zettle et al., 2007; Dougher y Hackbert, 1994; Zettle y Raines, 1989; Zettle y Hayes, 1986).

Analizar el papel perjudicial y desadaptativo por que ejerce la evitación experiencial en el proceso de adaptación a los eventos vitales, y más concretamente, a las pérdidas afectivas, es uno de los objetivos principales de esta tesis doctoral, que serán analizados con mayor detenimiento en el capítulo 3.

#### **2.3.3. Rumiación y evitación experiencial: análisis de sus interrelaciones**

Hasta ahora, en este capítulo, se ha centrado la atención, por separado, en dos estrategias de regulación emocional desadaptativas: la rumiación y la evitación

experiencial. En el presente apartado se intenta integrar ambos análisis, explorando las posibles interrelaciones entre ambos tipos de estrategias regulatorias desadaptativas.

Actualmente, existe un interesante debate sobre cuál es el tipo de relación existente entre estas dos variables. A pesar de que no está aún aclarado este asunto, sí ha quedado constatado, en diversos estudios, que existe una clara asociación significativa entre ambas variables (Cribb, Moulds y Carter, 2006; Giorgio, 2010).

Al describir anteriormente los modelos explicativos de la rumiación, se comentó la propuesta de algunos autores que conceptualizan la rumiación como una manifestación de la evitación experiencial (Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1995; Lyubomirsky, Tucker, Caldwell y Berg, 1999; Mellings y Alden, 2000). En este sentido, autores como Nolen-Hoeksema et al. (2008) han propuesto que la rumiación sería una estrategia que las personas emplean como vía de escape de las autofocalizaciones negativas que implican emociones y pensamientos negativos o desagradables. En la misma línea, Smith y Alloy (2009), en el contexto de la regulación emocional y el afrontamiento, plantean que la rumiación sería una estrategia de afrontamiento y regulación emocional caracterizada por la evitación, ya que permitiría a la persona no entrar en contacto con experiencias emocionales de intensa tristeza. Este enfoque sería similar al planteado por Borkovec (1994) acerca del papel de la preocupación en la ansiedad, comentado anteriormente en este capítulo. Por lo tanto, estas perspectivas coinciden en que la rumiación actúa como forma de evitación, la cual conllevaría un impedimento para que la persona realice un adecuado procesamiento emocional. En este sentido, estos autores proponen que la rumiación podría impedir la aceptación de las experiencias y emociones negativas, favoreciendo, de este modo, la intensificación de los síntomas depresivos (Smith y Alloy, 2009) y/o ansiosos (Borkovec, 1994).

De acuerdo con los planteamientos anteriores, los efectos negativos de la rumiación sobre el estado emocional podrían explicarse asumiendo que esta estrategia regulatoria está cumpliendo funciones de evitación de experiencias emocionales aversivas, siendo, pues, un tipo de evitación experiencial que perpetuaría la sintomatología depresiva (Giorgio et al., 2010). Concretamente, a través de la rumiación, las personas "rumiadoras" evitarían experiencias de tristeza intensa (Giorgio et al., 2010), ya que, mediante las rumiaciones, basadas en un componente meramente cognitivo, se evita alcanzar el contacto emocional que suponen tales experiencias dolorosas.

Diferentes estudios han apoyado esta conceptualización de la rumiación como una forma más de ejercer una tendencia general a la evitación y escape de las experiencias

internas aversivas, esto es, como una manifestación de evitación experiencial (Moulds et al., 2007; Dickson, Ciesla y Reilly, 2012). Concretamente, se ha encontrado que la evitación experiencial es un predictor de la rumiación. Además, la rumiación parece funcionar como variable mediadora entre la evitación cognitiva y la tristeza o la ansiedad (Dickson, Ciesla y Reilly, 2012). Otro estudio muestra, en la misma línea, una fuerte relación inversa entre la rumiación y la aceptación de emociones (proceso contrario a la evitación), proponiendo que aquellas personas que rumian más suelen emplear en menor medida estrategias de regulación emocional basadas en la aceptación (Liverant, Kamholz, Sloan y Brown, 2011). De forma paradójica, la evitación ejercida a través de la rumiación no sólo no ayuda a mejorar el bienestar emocional de la persona, sino que contribuye a intensificar su estado de ánimo negativo (Dickson et al., 2012).

Liverant et al. (2011) llevan a cabo un análisis de mediación y proponen que la aceptación de emociones podría ser una variable mediadora en la relación entre rumiación y tristeza. Por ello, plantean que sería útil entrenar a las personas deprimidas en estrategias de aceptación emocional, con el objetivo de reducir sus niveles de rumiación (Liverant, Kamholz, Sloan y Brown, 2011). Existen datos procedentes de estudios de intervención que respaldan los planteamientos teóricos expuestos: el entrenamiento en atención plena (mindfulness), una de las técnicas más empleadas para reducir la evitación experiencial y aceptar las emociones, reduce los niveles de rumiación en personas con trastornos del estado de ánimo (Broderick, 2005; Ramel, Gordon, Carmona y McQuaid, 2004; Watkins, 2004).

Por lo que respecta al interés concreto de este trabajo, cabe destacar que, tal y como señala Morina (2011), tanto la rumiación como la evitación experiencial se han mostrado como variables predictoras del estrés producido tras una pérdida habitual en la vejez: el fallecimiento del cónyuge. Así, ambas variables parecen jugar un papel relevante en la comprensión de alteraciones tales como el duelo complicado o la sintomatología del estrés postraumático, producidas tras eventos vitales significativos como el comentado (fallecimiento del cónyuge). Concretamente, estas estrategias desregulatorias favorecerían que tales alteraciones se intensifiquen y extiendan más en el tiempo pudiendo dar lugar al duelo complicado (Morina, 2011). De este modo, parece justificado el interés por estudiar ambas variables en el proceso de adaptación de las personas mayores a los sucesos vitales y, más concretamente, a las pérdidas afectivas.

## **2.4. Regulación adaptativa de los sucesos vitales**

---

En el ámbito de estudio de los sucesos vitales y su impacto sobre la salud de las personas no sólo se han estudiado los efectos y variables psicológicas negativas asociadas a una mala adaptación a dichos eventos. En este apartado se revisan los efectos psicológicos positivos que se han encontrado asociados a un adecuado afrontamiento de los sucesos vitales

### **2.4.1. El crecimiento postraumático**

Diferentes estudios han sugerido que, además del impacto negativo sobre la salud física y psicológica que pueden tener los eventos vitales negativos, también pueden producirse efectos psicológicos positivos tras su ocurrencia, en forma de crecimiento personal, aprendizaje sobre las capacidades, habilidades y resistencia personal, aumento de la sabiduría y conocimiento, mayor conocimiento personal y de los demás, cambio en prioridades vitales y/o desarrollo espiritual (Páez et al., 2011; Tugade, Fredrickson, 2004). Además, la capacidad de aprendizaje y crecimiento ante los eventos vitales estresantes ha sido planteada dentro de la perspectiva del procesamiento emocional como un elemento importante para llevar a cabo una regulación de las emociones más efectiva ante los cambios y sucesos vitales (Baker, 2001).

#### **2.4.1.1. Conceptualización y marcos teóricos del crecimiento postraumático**

Una de las variables que más creciente interés está recibiendo en la actualidad en la investigación es el crecimiento postraumático. Zoellner y Maercker (2006) han señalado cómo este concepto ha recibido diferentes denominaciones, tales como crecimiento ante la adversidad, búsqueda de beneficios, crecimiento asociado al estrés o cambios psicológicos positivos, (Affleck, y Tennen, 1996; Linley y Joseph, 2004; O'Leary, Alday y Ickovics, 1998; Park, Cohen y Murch, 1996; Yalom y Lieberman, 1991). Sin embargo, el término más aceptado ha sido el de crecimiento postraumático, propuesto por Tedeschi y Calhoun (1995; 2004) que haría referencia a la capacidad de aprender y crecer a partir de sucesos traumáticos. Es importante subrayar la asunción que se plantea desde este marco de

conceptualización, según el cual, en ausencia de emociones negativas y estrés, no se produce el crecimiento postraumático (Calhoun y Tedeschi, 1999; Park, 1998) y que, además, la experiencia de crecimiento no elimina el dolor ni el sufrimiento, sino que más bien, suele aparecer forma simultánea a estas experiencias (Calhoun y Tedeschi, 2000; Park, 1998).

Cabe destacar que, aunque el concepto de crecimiento postraumático ha despertado un importante interés en la literatura, este constructo no ha sido conceptualizado de forma clara y concluyente hasta la fecha. De este modo, el crecimiento puede ser concebido de distinta forma en función de los modelos teóricos adoptados. Así, algunos modelos han considerado que el crecimiento postraumático es una variable de resultado (Schaefer y Moos, 1998; Tedeschi y Calhoun, 1995, 2004), fruto de la puesta en marcha de estrategias regulatorias adecuadas, mientras que otros los han considerado como una estrategia de afrontamiento (Davis et al., 1998; Park y Folkman, 1997).

Los autores que conciben el crecimiento como una variable de resultado (Schaefer y Moos, 1998; Tedeschi y Calhoun, 1995, 2004), entienden el crecimiento como una consecuencia psicológica positiva, consistente en el resultado de la lucha de la persona con el suceso vital y de la aplicación de estrategias adecuadas de afrontamiento y regulación emocional ante sucesos vitales negativos. Esta lucha daría lugar a un “cambio beneficioso significativo”, reflejado en una experiencia de aprendizaje, madurez y/o cambio psicológico adaptativo (por ej., en las metas y creencias), que serían las señales de que se ha producido una adecuada aceptación del evento experimentado. Desde esta perspectiva, se ha propuesto la existencia de tres categorías de crecimiento postraumático (Calhoun y Tedeschi, 1999; 2000): a) cambios en uno mismo, como el aumento de la confianza y fortaleza en las propias capacidades para afrontar cualquier adversidad futura; b) cambios en las relaciones interpersonales, a través de una mayor percepción de una red de apoyo más fortalecida que antes del suceso; y c) cambios en la espiritualidad y en la filosofía de vida, produciéndose un cambio en los valores y metas vitales.

Por su parte, los autores que han considerado el crecimiento postraumático como una estrategia de afrontamiento, consideran este constructo como una variable de regulación adaptativa desplegada por la persona tras un evento o suceso estresante (por ej., una pérdida) y que permite a la persona realizar un aprendizaje y crecer (madurar) a partir de la experiencia emocional vivida. Así, por ejemplo, Davis et al. (1998) o Park y Folkman (1997), asumiendo esta perspectiva, consideran tal crecimiento como una estrategia de afrontamiento basada en un proceso de construcción de significado de la experiencia estresante o traumática vivida. Resulta inevitable percibir aquí una gran cercanía

conceptual entre esta consideración del crecimiento como estrategia de afrontamiento y la estrategia de regulación emocional de la reevaluación cognitiva, definida como una reinterpretación de significado de un estímulo de tal forma que provoque cambios, entre otros, en la trayectoria de la respuesta emocional (Gross, 2001). Tal y como ha conceptualizado el autor, esta estrategia se pone en marcha antes de que el proceso de evaluación de lugar a la interpretación emocional. Por tanto, la reevaluación cognitiva permite transformar una experiencia emocional negativa en una provechosa en el momento en el que ocurre. A diferencia de esta variable, el tipo de crecimiento que se propone en este trabajo hace referencia a la capacidad de reinterpretar y extraer un significado positivo, con el paso del tiempo, no en el momento de la reacción emocional –como supondría la reevaluación cognitiva-, sino a lo largo del tiempo, tras la ocurrencia del suceso vital, y por tanto, habiéndose producido la reacción emocional negativa en el momento en el que se produce el suceso vital.

Finalmente, se han identificado una serie de variables asociadas de forma positiva al crecimiento postraumático (Linley y Joseph, 2004), tales como: a) las características del propio suceso traumático (o más bien, la percepción subjetiva del mismo, que ha de suponer una importante fuente de estrés), b) algunas variables sociodemográficas como la edad, siendo los más jóvenes aquellos que presentan mayor probabilidad de experimentar crecimiento postraumático, c) algunos rasgos de personalidad como la extraversión, la apertura a la experiencia y/o las emociones positivas, el optimismo o la resiliencia, d) estrategias de afrontamiento: apoyo social y religión y e) expresión del afecto.

## Evaluación del crecimiento postraumático

El constructo del crecimiento postraumático se ha intentado evaluar tanto a través de metodología cualitativa como cuantitativa (Zoellner et al., 2006). Las escalas de medida de crecimiento postraumático han sido diseñadas para evaluar el crecimiento, aprendizaje o cambio producido para un suceso traumático específico, como una estrategia de resultado. Es decir, estas escalas pretenden conocer cuál ha sido el cambio (o aprendizaje/crecimiento) que ha experimentado la persona tras los sucesos vitales. Las escalas más relevantes han sido: a) el inventario de crecimiento postraumático (Post-traumatic Growth Inventory; PGI; Calhoun y Tedeschi, 1999), en el que se exponen una serie de cambios que pueden haberse experimentado tras la situación dolorosa (por ej. “he cambiado la escala de valores de mi vida, las prioridades respecto a lo que es importante en

la vida”, “aprecio más el valor de mi vida o la valoro más”), para que los participantes indiquen hasta qué punto esos cambios se han producido tras su vivencia; y b) la Escala de Crecimiento Personal, Interpersonal y Colectivo (adaptación española realizada por Páez et al., 2004, a partir de la original de Calhoun y Tedeschi, 1999), en la que se propone a los participantes, ante los sucesos de los atentados del 11 de marzo, que anoten qué tipo de consecuencias positivas han obtenido, y en qué medida (por ej. “un crecimiento personal, madurar como persona”, “mejorar el conocimiento sobre uno mismo y los otros”, “crecimiento y desarrollo espiritual, desarrollarse ideológicamente, religiosamente”.

Por otro lado, otra escala que cobra importancia en este trabajo en relación al crecimiento personal es la escala de bienestar psicológico de Ryff (1989), y más concretamente, la subescala de crecimiento personal. Concretamente, esta medida hace referencia al empeño de la persona por desarrollar las potencialidades y seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus capacidades (Ryff, 1989; Keyes, Keyes, Ryff y Shmotkin (2002). Esta medida entiende el crecimiento como una capacidad general de afrontamiento más que un resultado obtenido, a diferencia de las anteriores escalas. Además, en este caso, no se evalúa ni la capacidad de crecimiento en relación a ningún suceso vital concreto sino como una tendencia genérica de la persona a experimentar crecimiento en su vida, ni tampoco qué tipo de crecimientos o aprendizajes ha desarrollado la persona –tal y como lo hace el crecimiento postraumático-, sino que plantea una medida general de la capacidad de crecimiento personal de la persona. Este constructo ya fue abordado en el capítulo 1, en el contexto del análisis de las diferencias asociadas a la edad en las diferentes dimensiones del bienestar.

Tal y como puede derivarse de esta breve revisión de instrumentos de evaluación específica del crecimiento postraumático, cabe señalar que la mayor parte de las medidas del constructo de crecimiento postraumático evalúan el crecimiento como resultado del afrontamiento de experiencias traumáticas, a excepción de la escala de Ryff, que evalúa el crecimiento personal como capacidad o habilidad general en la persona. La propuesta de instrumento que, como se verá más adelante, se hace en este trabajo, pretende aportar una medida del crecimiento entendido como capacidad general de la persona (de modo similar a la propuesta de Ryff, 1989) pero, a la vez, asociado a los diferentes sucesos vitales acaecidos a lo largo de la vida, que, como se revisó en el capítulo 1, no necesariamente son traumáticos. De este modo, el instrumento que se va a presentar pretende ser una medida de la capacidad de la persona mayor para extraer un aprendizaje de las experiencias pasadas; no se trata tanto de una variable de resultado que evalúe el tipo concreto de aprendizaje obtenido (por ej., sabiduría, capacidad para relativizar, etc.), sino una variable



de afrontamiento basada en la capacidad de extraer, de las experiencias vitales vividas, un crecimiento. Así, cabe hipotetizar que esta variable mediaría (como variable mediadora) el efecto perjudicial que los sucesos vitales sobre el bienestar emocional. Como puede verse, el planteamiento de este trabajo entiende el crecimiento como una variable mediadora (de regulación y/o afrontamiento) y no de resultado entre el efecto perjudicial que los sucesos vitales negativos tienen sobre el bienestar emocional de las personas mayores.

### Correlatos positivos del crecimiento postraumático

Pese a que no parece existir aún acuerdo en torno a la naturaleza exacta del crecimiento postraumático, sí parece existir un mayor consenso en relación a los efectos psicológicos positivos que se asocian a esta variable. Así, Calhoun y Tedeschi (2006) han mostrado cómo entre un 40 y un 80% de personas afectadas por hechos traumáticos informan de que, tras los eventos, han experimentado efectos positivos, y proponen, por tanto, que enfatizar tales aspectos positivos ayuda al ajuste y a la adaptación (Calhoun y Tedeschi, 2006). Páez et al. (2011) indican que, además de los efectos negativos que puede tener la experiencia de un trauma (la visión negativa del mundo y de los otros), también se pueden producir efectos positivos en las relaciones con los demás, tales como reunir a la familia, cohesionar la comunidad, provocar una orientación más prosocial o pensar que otras personas pueden beneficiarse de la propia experiencia. Estos efectos positivos vividos tras la experiencia de situaciones difíciles pueden obtenerse como resultado directo del evento vital o como un tipo de aprendizaje derivado de los intentos de adaptación y asimilación de tales eventos (Park, 1999). Así, el crecimiento postraumático supondría un cambio psicológico positivo en la vida de la persona, a partir de los sucesos traumáticos vividos. Algunos ejemplos de cambio psicológico positivo podrían ser una mayor apreciación de la vida, el establecimiento de prioridades en la vida nueva, una sensación de mayor fuerza personal, la identificación de nuevas posibilidades de crecimiento personal, mayor cercanía de las relaciones íntimas o un cambio espiritual positivo (Tedeschi, Park y Calhoun, 1998).

Existen diversos estudios (Masten, 2001), en los que se han señalado los efectos positivos, en forma de aprendizaje y reformulación de objetivos vitales, relacionados con el crecimiento postraumático tras grandes experiencias traumáticas como abusos sexuales (McMillen, Zurvain y Rideout, 1995) o catástrofes naturales (Hull, Alexander y Klein, 2002).

Sin embargo, también se ha hablado de crecimiento postraumático a partir de experiencias no tan excepcionalmente trágicas o extraordinarias. En este sentido, Affleck y Tennen (1991) comprobaron efectos positivos asociados a la mejora de la relación matrimonial a partir de la necesidad de tener a sus hijos en cuidados intensivos durante largos períodos de tiempo. De modo similar, una proporción relevante de las personas que han sufrido infartos han percibido beneficios de su mala experiencia (Affleck, Tennen, Croog y Levine, 1987). Por otro lado, se ha encontrado que un 73% de personas que habían sufrido la pérdida de personas cercanas indicaban que podían encontrar algo positivo en la experiencia de la pérdida (Davis et al., 1998). Asimismo, en su estudio experimental, Davis y McKearney (2003) encontraron que las personas en duelo que habían sido preparadas para adaptarse a su pérdida habían sido capaces de encontrar un mayor significado de su vida que los que no habían sido preparados (Davis y McKearney, 2003).

Por tanto, parece que un tipo de crecimiento experimentado a partir de los sucesos vitales negativos puede ejercer un papel relevante en el bienestar de las personas. Entendiendo el crecimiento postraumático como un tipo de crecimiento producido por el aprendizaje personal de los aspectos positivos y negativos de la experiencia estresante o traumática vivida, en este trabajo se plantea esta variable como una variable mediadora, a través de la cual las personas son capaces de aprender de la experiencia, basado en la capacidad de crecimiento, que puede llegar a producir un cambio vital positivo. En este sentido, cabría esperar que se produjese una flexibilización de las áreas de valor y metas de las personas mayores que sufren pérdidas afectivas tan frecuentemente en la vejez. Podría, pues, hipotetizarse que, si existe un crecimiento personal asociado a los sucesos vitales, ya sean positivos o negativos (por ej. la pérdida del cónyuge), este crecimiento actuará como mecanismo mediador y/o modulador para favorecer la adaptación y aceptación de tales eventos vitales negativos, y por tanto, en último término, fomentaría el bienestar psicológico a lo largo del ciclo vital y, por extensión, en la vejez. Por tanto, el crecimiento personal asociado a los sucesos vitales que se asume desde este trabajo conceptualiza tal crecimiento como una variable que podría mediar el efecto perjudicial o beneficioso que la experiencia de los distintos sucesos vitales tiene sobre el bienestar psicológico actual de las personas mayores.

## **2.5. Reflexiones finales: el ajuste de metas como proceso de autorregulación y adaptación a los sucesos vitales**

---

A lo largo de los dos primeros capítulos de este trabajo se ha ido perfilando una idea central del mismo: la importancia de los procesos de autorregulación que han de llevar a cabo las personas mayores ante los sucesos vitales, proponiendo que tal tarea es llevada a cabo por las personas mediante procesos de ajuste flexible de metas. En este proceso, parecen jugar un papel fundamental las estrategias de regulación emocional y de afrontamiento de la persona mayor. En este apartado se presenta una integración sintética de los aspectos teóricos revisados en los capítulos 1 y 2 y que ponen de relieve la importancia central del ajuste flexible de metas como proceso para aceptar y adaptarse a los cambios asociados al envejecimiento.

Recordando los principales modelos teóricos sobre el envejecimiento, revisados en el capítulo 1, puede comprobarse cómo todos ellos coinciden en la centralidad de las metas y valores de la persona en el proceso de adaptación a lo largo del ciclo vital. Havighurst (1972) señaló que una de las tareas correspondientes en la vejez era precisamente la adaptación al declive biológico, a la jubilación, a la muerte de la pareja y viudedad y a los roles sociales de una forma flexible, permitiendo el surgimiento de nuevos roles y actividades. De este modo, y de forma implícita, este autor parecía estar sugiriendo el requisito del ajuste flexible a los cambios, a través del alejamiento de algunas de las metas y propósitos para establecer unos nuevos. Por su parte, desde el modelo SOC (Baltes y Baltes, 1990), se ha planteado que, para lograr una adaptación satisfactoria a los cambios asociados al envejecimiento, la persona ha de poner en marcha procesos de autorregulación, entre los que destacan el ajuste flexible de metas y roles significativos, el desarrollo de pautas de acción para alcanzarlos y, especialmente, la regulación de las emociones que surgen en estos procesos. De forma parecida, la Teoría del Desarrollo Intencional (Brandstädter y Rothermund, 2003) ha manifestado de forma explícita que el bienestar en la vejez depende en gran medida de la distancia entre el estado actual real del individuo y las metas propuestas por éste. De este modo, este modelo teórico asume que una adecuada gestión de las metas y la autorregulación son elementos centrales del propio autoconcepto y un recurso esencial para la adaptación a los cambios y pérdidas acontecidas en su vida. Concretamente, a través de estrategias de acomodación, la persona mayor es capaz de aceptar y adaptarse a los cambios producidos (Brandstädter y Rothermund, 2002). En esta misma línea, Heckhausen y Schulz (1995) subrayaron la importancia de los procesos de "control secundario", que se ponen en marcha cuando el control directo del entorno (control primario) no es posible "control secundario" y que implican la modificación de aspectos internos de la persona (metas o emociones) para ajustarse de forma flexible con el medio en el que se ve inmersa. Finalmente, Carstensen (2006), en su teoría de la Selectividad Socioemocional (Carstensen

et al., 1999), también ha señalado la importancia del ajuste flexible de metas y valores ya que, tal y como propone el modelo, las personas, en su proceso de envejecimiento, van vinculándose de forma especial a las metas y valores que son especialmente gratificantes y significativos para ellas, con el objetivo de maximizar la extracción de bienestar y significado emocional (Carstensen, 2006). Además, desde esta perspectiva se subraya el hecho de que las personas mayores, expuestas a una constante variación de cierres y aperturas de viejas y nuevas etapas, están obligadas en cierto sentido a estar llevando a cabo un constante cambio o ajuste de motivaciones y ajustes de metas (Scheibe y Carstensen, 2010).

Por tanto, resulta evidente que los modelos gerontológicos destaquen el papel del ajuste flexible de metas que ha de poner en marcha la persona mayor para hacer frente de forma adaptativa a su propio proceso de envejecimiento, destacando especialmente la importancia de ir modificando sus metas y propósitos establecidos según van cambiando sus circunstancias vitales. Los modelos teóricos revisados comparten en gran medida la asunción de que el factor clave en la adaptación son los procesos de afrontamiento y auto-regulación desplegados por la persona mayor. A pesar de que, en ocasiones se perfila, en estas perspectivas teóricas, la asunción de que las estrategias de regulación de las emociones serían elementos centrales dentro de esos procesos de auto-regulación necesarios para lograr la adaptación y el ajuste flexible de metas, el abordaje de las variables afectivo-emocionales en los modelos teóricos revisados es bastante escaso.

En el presente trabajo se asume la importancia de examinar en mayor profundidad las estrategias de regulación emocional que parecen cobrar una importancia especial ante situaciones desafiantes y de amenaza o pérdida (Lazarus y Folkman, 1986; Lazarus, 1999) y que, sin duda, resultan fundamentales para entender los procesos de adaptación satisfactoria a los cambios vitales. De hecho, a lo largo del capítulo se ha perfilado la idea de que los procesos de auto-regulación de metas y las estrategias de regulación emocional se encuentran íntimamente relacionados. Así, las emociones pueden considerarse como una fuente de información y regulación sobre la importancia que las situaciones estresantes pueden tener para las personas, en función de sus propias metas (Baker y Bernbaum, 2007; Bagozzi, Maumgartner y Pieters, 1998). De modo similar, se ha destacado cómo el afrontamiento basado en la emoción está basado, a su vez, en un afrontamiento activo de identificación, procesamiento y expresión de las emociones como manifestación del estado personal de la persona en relación a sus metas (Baker, Thomas, Thomas y Owens, 2007; Lazarus y Folkman, 1984). Incluso se han llegado a definir las estrategias regulatorias como los procesos que pone en marcha la persona para ser consciente y activa en la consecución

de las propias metas (Thompson, 1994), o cuando se produce una alteración de la trayectoria que siguen los procesos emocionales en los intentos de conseguir los propios objetivos y valores personales (Cole et al., 2004).

Tras estas consideraciones, parece pertinente establecer como uno de los objetivos de este trabajo el analizar las estrategias de regulación emocional como mecanismos implicados en la autorregulación ante los eventos vitales estresantes asociados al envejecimiento, asumiendo, además, que tales estrategias han de desarrollarse de forma integrada con el ajuste de metas y objetivos que realiza la persona para adaptarse de forma eficaz a los cambios vitales, de cara a reducir el impacto negativo que dichos eventos podrían tener sobre la salud física y psicológica de la persona que envejece.

En cuanto a las estrategias específicas de regulación de emociones, la rumiación cobra una relevancia especial en este trabajo, ya que se ha considerado como una variable íntimamente relacionada con el desarrollo de las metas personales, apareciendo como una respuesta al fracaso en la consecución de las mismas y que puede ser adaptativa en un primer momento (Martin y Tesser, 1989, 1996), y convertirse a su vez, en una estrategia disfuncional cuando no se ha llevado a cabo una adecuada adaptación al desajuste entre las metas deseadas y las alcanzadas. Tal y como planteaban Wells y Matthews (1994; 1996), la consideración de las potenciales beneficios iniciales de la rumiación se vincula a su papel en el proceso de solución de problemas y a su asociación con creencias positivas sobre su efectividad como estrategia de afrontamiento adaptativa (por ej., "para entender qué está pasando necesito analizar (rumiar) mis sentimientos ante este problema"). Sin embargo, la rumiación puede llegar a convertirse en una estrategia desadaptativa cuando la persona no encuentra solución al problema encontrado o cuando se hace evidente que rumiar no permite reducir las discrepancias entre el estado presente y el deseado. En este punto, la rumiación pasaría a facilitar la activación de metacogniciones negativas ("Esta rumiación es incontrolable") y potenciaría la elaboración de nuevas rumiaciones potencialmente generadoras de estados depresivos en la persona (Matthews y Wells, 2004; Roelofs et al., 2007).

Por su parte, la evitación experiencial se ha mostrado como otra variable de regulación emocional muy relacionada con el ajuste de metas. Esta estrategia de regulación funcionaría como un obstáculo que impediría a las personas mayores llevar a cabo un adecuado ajuste flexible de metas tras la ocurrencia de los cambios vitales producidos durante el envejecimiento, facilitando, por tanto, el alejamiento de la persona de sus valores y metas personales (Orsillo et al., 2003; Hayes et al., 1999; Wilson y Murrell, 2004; Kashdam

et al. 2006). De forma alternativa, la aceptación (concepto opuesto al de evitación experiencial) sería el camino necesario para conseguir acercarse y llevar una vida coherente con los valores personales (Flaxman et al., 2011).

Por último, el crecimiento postraumático ha sido propuesto por diferentes autores como una estrategia de afrontamiento que podría actuar como una variable mediadora del efecto que los sucesos vitales tienen sobre el bienestar emocional. En este sentido, el crecimiento es entendido como la capacidad para extraer aspectos positivos de los eventos vitales experimentados, la cual permitiría integrar cognitiva y emocionalmente a la persona tales eventos, y por ende, adaptarse a ellos, incluso, obteniendo algún beneficio en forma de aprendizaje de ellos.

Concluyendo, en este último apartado ha quedado evidenciada la importancia de explorar cuáles son los mecanismos de regulación emocional implicados en la adaptación a los sucesos vitales importantes ocurridos en la vejez. De igual modo, cabe plantearse qué tipo de intervenciones pueden ser útiles para fomentar, por un lado, una adecuada regulación emocional de las emociones negativas asociadas a tales sucesos, y por otro, aunque de forma relacionada, fomentar el ajuste de las metas y valores de las personas mayores, de cara a incrementar su bienestar emocional y con ello garantizar un envejecimiento saludable. Esta cuestión pasa a desarrollarse en el siguiente capítulo.

Las principales conclusiones de este capítulo se presentan en el Cuadro 2.

**Cuadro 2.** Conclusiones del capítulo 2

Conclusiones de este capítulo
La adaptación a los sucesos vitales es llevada a cabo por las personas mediante procesos de ajuste flexible de metas y a través de mecanismos de regulación emocional adecuados.

Los procesos de auto-regulación de metas y las estrategias de regulación emocional se encuentran íntimamente relacionados.

La rumiación se encuentra relacionada con el desarrollo de las metas personales, apareciendo como una respuesta al fracaso en la consecución de las mismas; de este modo, esta estrategia, puede presentar un papel perjudicial para el bienestar psicológico de la persona mayor.

La evitación experiencial se ha mostrado como otra variable de regulación emocional desadaptativa y muy relacionada con el ajuste de metas.

El crecimiento postraumático ha sido propuesto como una estrategia de afrontamiento adaptativo que ejerce un papel destacado en la adaptación a los sucesos vitales sobre el bienestar emocional

Dada la importancia de las estrategias de regulación emocional de las emociones negativas asociadas a los sucesos vitales y su relación con el ajuste de las metas y valores de las personas mayores tras estos sucesos, parece importante plantearse cómo potenciar estos procesos a través de la intervención psicológica.





## **CAPÍTULO 3**

# **La intervención psicológica en el proceso de duelo complicado en personas mayores: aportaciones de la terapia de aceptación y compromiso**

---



## **Introducción**

---

En los capítulos anteriores se ha pretendido señalar la importancia de evaluar los sucesos vitales experimentados por las personas mayores a lo largo de sus vidas, así como las estrategias de regulación emocional implicadas en los procesos de adaptación y aceptación de tales sucesos. En este capítulo se procede a describir con mayor detenimiento uno de los tipos de sucesos vitales de mayor prevalencia e impacto en la población mayor, las pérdidas afectivas. Además, se describirán algunos tipos de intervenciones psicológicas dirigidas a mejorar la aceptación y adaptación de tales pérdidas y, de forma más concreta, se examinará la Terapia de Aceptación y Compromiso como una potencial herramienta para alcanzar ese objetivo en la población mayor.

### **3.1. Conceptualización de las pérdidas afectiva y el proceso de duelo**

---

Si recurrimos a la definición propuesta por Harvey y Weber (1998), podemos definir la pérdida como cualquier daño en los recursos personales, materiales o simbólicos con los que las personas establecen un vínculo emocional. Tradicionalmente, el impacto de las pérdidas afectivas y/o funcionales se ha estudiado dentro del marco de estudio de los sucesos vitales. En este sentido, Palmore (1979) encontró que el enfrentamiento con varios sucesos vitales importantes tales como la jubilación, la viudedad o una enfermedad, producía importantes problemas de adaptación. Sin duda, los sucesos mencionados representan transiciones vitales importantes y suponen pérdidas de distintos tipos: de roles, afectivas o de capacidad física y/o funcional. En un estudio llevado a cabo por Fiske et al. (2003) se propone que los síntomas depresivos en las personas mayores se incrementen al experimentar sucesos vitales propios de la vejez y caracterizados por pérdidas asociadas al propio proceso de envejecimiento (Fiske et al., 2003).

No cabe duda de que los eventos vitales más habituales en la etapa de la vejez suelen implicar algún tipo de pérdida. Dentro de las pérdidas, las afectivas parecen ocupar un importante lugar, tanto en frecuencia como en impacto psicológico. El fallecimiento de la pareja, familiares cercanos y/o amigos, es una experiencia muy habitual en la población mayor que, sin embargo, no por su frecuencia su efecto es menos doloroso. Además, tal y

como destacaba Erikson (1963), la vejez es una etapa de reflexión vital y muchas personas se exponen con frecuencia a un proceso de revisión y/o reflexión sobre su propia vida. Esta reflexión favorece que, para muchas personas, se reactiven experiencias emocionales dolorosas relativas a la pérdida de sus familiares a lo largo de los años. En el meta-análisis realizado por Cole y Dendukuri (2003), en el que delimitaron cuáles eran los eventos vitales con mayor capacidad para facilitar el desarrollo de sintomatología depresiva en personas mayores, el evento que aparecía en primer lugar fue el duelo (Cole y Dendukuri, 2003). De forma específica, parece que las mujeres mayores, en comparación con los hombres, muestran una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de depresión cuando se refiere a eventos negativos relacionados con el fallecimiento de la pareja (Chan et al., 2011).

El fallecimiento del cónyuge es una de las pérdidas más frecuentes y dolorosas en la población mayor (Bonano, 2004). Existen algunos estudios que han mostrado cómo el fallecimiento del cónyuge es uno de los sucesos vitales que más favorecen la aparición de problemas depresivos en población mayor (Vinkers et al., 2004). Las personas mayores que pierden al cónyuge no sólo se ven obligadas a hacer frente a los sentimientos de tristeza y soledad, sino que también pueden necesitar aprender nuevas habilidades y asumir nuevas responsabilidades (Anderson y Dimond, 1995). A pesar del hecho de que la pérdida es común entre las personas mayores, tal y como han señalado Edelstein, Drozick y Ciliberti (2010), la respuesta de dolor ante ellas es muy variable. Para la mayoría de las personas mayores el dolor disminuye con el tiempo (Ott, Lueger, Kelber y Prigerson, 2007). Sin embargo, al igual que en la población general, un subconjunto de las personas mayores experimentan el proceso conocido con el nombre de duelo complicado, también conocido como dolor traumático o dolor prolongado (Ott et al., 2007; Zisook y Shear, 2009), que más adelante se abordará en mayor profundidad.

Como elemento de análisis fundamental de este trabajo, cabe subrayar que la pérdida de un ser querido altera profundamente muchas áreas de valor fundamentales para las personas. Tal y como manifiestan Neymeyer, Burke, Mackay y Van Dike Stringer (2009), el proceso de duelo es, en sí mismo, un proceso de reconstrucción de significado del mundo de la persona, que ha sido alterado y modificado tras sufrir la pérdida. Un área de valor fundamental, la relación afectiva con la persona, y muchas metas significativas que la persona tenía en relación con este vínculo afectivo, se convierten en poco realistas o imposibles en la nueva situación vital, en la que ya no está la persona querida. Esta idea está apoyada por diversos estudios que han mostrado cómo, en muchos casos, los duelos por el fallecimiento de algunos seres queridos (por ejemplo, un hijo), pueden dar lugar a

reacciones tales como la incapacidad de aceptación de la pérdida, la confusión de su propio rol o la pérdida de propósito en la vida (Lichtenthal, Cruess y Prigerson, 2004; Stroebe, Schut y Stroebe, 2007; Prigerson et al. 1999).

Puede entenderse que la pérdida del cónyuge en las personas mayores se identifique como uno de los eventos con mayor probabilidad de generar un bloqueo o desconexión de valores personales y/o una pérdida sentido o propósito vital (Vinkers, et al., 2004; Chan et al., 2011; Currier, Neimeyer y Berman, 2008). Perder a la pareja supone la inmediata pérdida de algunos roles y la necesidad de asumir otros nuevos. Así, por ejemplo, la persona ha de aprender a llevar a cabo actividades y funciones nuevas que previamente eran llevadas a cabo por su pareja y ha de reestructurar el rol social que ahora desempeñará en su grupo social y familiar. Por otro lado, la pérdida afectiva puede afectar a otros valores de la persona (relaciones con otros miembros de la familia, relaciones sociales y ocio), interfiriendo en la consecución de metas importantes relacionadas con dichos valores. Los cambios generados por la pérdida facilitan que, en muchos casos, se de una "desaparición" o "desconexión" de metas vitales importantes. Esto, a su vez, puede conducir a una profunda reestructuración de hábitos de vida y comportamientos, lo cual puede implicar un bloqueo conductual y una importante pérdida de refuerzos y/o actividades gratificantes si no se produce un reajuste adecuado de metas y aspiraciones al servicio de los valores significativos de la persona. Dado que esta situación puede facilitar en gran medida el desarrollo de sintomatología depresiva, parece fundamental fomentar en la persona que ha sufrido este tipo de pérdidas un ajuste flexible de sus metas, con el objetivo de llevar a cabo ese "reajuste" vital y significativo necesario para adaptarse a la nueva situación y evitar o atenuar los efectos perjudiciales que tales sucesos vitales (por ej., el fallecimiento de un familiar) pueden tener sobre la salud física y psicológica de la persona (Dohrenwend, 2000; Feskanich et al., 2002; Segerstrom y Miller, 2004). La importancia de potenciar el afrontamiento adecuado de la pérdida se incrementa aún más si se considera la gran asociación existente entre los procesos depresivos y el inicio y/o exacerbación de la dependencia en las personas mayores (OMS, 2002; Murray, 1997).

Dada la importancia de caracterizar cuándo el proceso de duelo responde a una reacción normal derivada de la pérdida de un ser querido y cuándo los síntomas se mantienen durante demasiado tiempo o sus síntomas son muy intensos, conviene describir las principales diferencias entre el duelo considerado normal y el duelo prolongado, complicado o patológico. A continuación, se aborda esta diferenciación.

### 3.1.1 El duelo normal

El duelo ha sido entendido como una reacción normal producida ante la muerte de una persona querida (Bonano y Kaltman, 2001). Supone la experimentación de pensamientos, emociones y comportamientos consecuentes a esta pérdida o a su anticipación. En este sentido, el duelo es un proceso necesario que permite a la persona la adaptación a la pérdida y a la nueva realidad (APA, 2003).

La clasificación del duelo como proceso normal reactivo a la pérdida de un ser querido ha sido contemplada en el manual diagnóstico (APA, 2003), en el apartado *Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica*, definiéndolo como la reacción ante la muerte de una persona querida, y proponiendo que las personas presentan síntomas similares a los de un episodio de depresión mayor (por ej., sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso) (APA, 2003). Este manual considera el estado de ánimo depresivo como algo normal en la persona en duelo, y plantea que su duración puede extenderse hasta dos meses. Si, tras este período de tiempo, los síntomas persisten, se recomienda el diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Antes de los dos meses también puede considerarse trastorno depresivo mayor si presenta los siguientes síntomas que no corresponden con la reacción de duelo normal: 1) sentimientos de culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida; 2) pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida; 3) preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad; 4) enlentecimiento psicomotor acusado; 5) deterioro funcional acusado y prolongado, y 6) experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.

Tal y como ya se ha planteado, el DSM-IV-TR recoge la posibilidad de clasificar la reacción del duelo como trastorno depresivo mayor, una vez transcurridos los dos meses que considera como tiempo máximo para considerar la experiencia como característica de un duelo normal. Sin embargo, este manual también propone que la categoría de Trastorno adaptativo puede emplearse cuando la reacción es más prolongada o más excesiva de lo que cabría esperar en el proceso de duelo normal (dos meses). Se entiende entonces que, a partir de los dos meses, la sintomatología pasaría a ser denominada como trastorno adaptativo agudo si se presenta en los 6 meses tras el acontecimiento y crónico si se extiende más allá de este período. Si los síntomas persisten más allá de seis meses el cuadro también puede ajustarse a los criterios de trastorno depresivo mayor aunque, como se verá más adelante

(ver apartado de duelo complicado), no todos los casos que superan los seis meses de afectación presentan los síntomas propios del trastorno depresivo mayor.

Por su parte, la clasificación internacional de las enfermedades CIE 10 incluye el duelo normal dentro de los factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud, en los problemas relacionados con el grupo de apoyo, incluidas las circunstancias familiares, mientras que utiliza el término de *trastorno de adaptación* para las reacciones de duelo de cualquier duración que se consideren anormales por la forma, contenido y gravedad de los síntomas (OMS, 1992).

Lejos de las clasificaciones estandarizadas, y dado que no responden de forma adecuada a la realidad encontrada en la práctica clínica de la realidad del proceso de duelo presente en la población, se han ido proponiendo distintas conceptualizaciones respaldadas por la práctica clínica y por la investigación. Ha pasado a considerarse duelo “normal” al caracterizado por una serie de manifestaciones identificadas como “habituales”, tales como la tristeza, la falta de energía y debilidad, el llanto, las alteraciones del sueño o el aumento de la morbilidad. En este tipo de duelo, estas manifestaciones irían disminuyendo progresivamente a lo largo del tiempo, hasta desaparecer o presentarse de forma muy leve aproximadamente un año después del fallecimiento (Parkes, 1988). Echeburúa (2005), por su parte, propone que el duelo normal puede manifestarse tanto en forma de síntomas psicológicos (pena y dolor, fundamentalmente) como somáticos (pérdida de apetito, insomnio, síntomas hipocondríacos). Estos síntomas también pueden coexistir con sentimientos de culpa (por ej., por no haber atendido lo suficientemente bien a la persona fallecida) o incluso sentimientos de alivio (por ej., fallecimientos producidos tras una enfermedad prolongada) (Echeburúa, 2005). Otros autores han desarrollado líneas de investigación paralelas para la categorización de los trastornos de duelo. Por ejemplo, y muy en relación a la línea seguida en este trabajo, cabe destacar la perspectiva de Stroebe y Schut (1999; 2001), quienes conceptualizan la pérdida afectiva dentro de un proceso dual de duelo, en el que se sugiere que la habituación a la pérdida requiere de una continua oscilación entre dos formas diferenciadas de funcionamiento: a) un proceso orientado a la pérdida: la persona realiza un intenso “trabajo de duelo”, experimentando, explorando y expresando sus sentimientos negativos y recuerdos que le suponen la pérdida del ser querido con el objetivo de entender el sentido que tiene en su vida, y b) un proceso orientado a la reconstrucción: la persona afectada se centra en los muchos ajustes externos que la pérdida obliga, concentrándose en sus responsabilidades domésticas y laborales, en el establecimiento y mantenimiento de relaciones, etc. (Stroebe, 1998).

Aunque algunos estudios sugieren que el dolor asociado a una pérdida afectiva suele tener una duración de un año (Norris y Murrell, 1990; Parkes, 1988; Worden, 1997), otros indican que no es inusual que las personas experimenten síntomas de malestar asociados al duelo durante un período de tiempo más largo (Kowalski y Bondmass, 2008; Pasternak et al., 1991). Así, por ejemplo, un estudio longitudinal de duelo conyugal en población mayor mostró que la mayoría de las personas mayores en duelo mejoraban pasados los 18 meses (Ott et al., 2007). Existe bastante consenso en torno a la idea de que la duración y la intensidad del duelo depende de distintos factores, tales como el tipo de muerte (esperada o repentina, violenta o tranquila), el vínculo o relación previa con la persona perdida (dependencia, conflictos, ambivalencia) o la edad de la persona fallecida, entre otros factores. Por otro lado, la mayoría de las investigaciones aportan información que respalda la idea de que la mayor parte de las personas en procesos de duelo, a lo largo del tiempo, terminan mostrándose resilientes y pueden recuperarse de su pérdida, emocional y físicamente (Boerner, Wortman y Bonanno, 2005; McCrae y Costa, 1993), consiguiendo, con el tiempo, un reajuste vital o adaptación tras el evento (Stroebe et al., 2007; Stroebe, Hansson, Stroebe y Schut, 2001).

Sin embargo, cabe señalar que muchas personas que han sufrido pérdidas afectivas, y en la mayoría de las ocasiones, debido a la muerte de un familiar cercano, como la muerte de un hijo o del cónyuge, tras varios años del fallecimiento suelen continuar presentando sintomatología depresiva asociada directamente a los recuerdos que le evoca dicha pérdida, y por tanto, presentando el tipo de duelo denominado complicado, patológico o prolongado.

De forma específica, tal y como ya se ha venido comentando, las personas mayores están más expuestas a experimentar experiencias de duelo, sobre todo asociado al fallecimiento del cónyuge. Hansson, Remondet y Galusha (1993) han planteado una serie de características propias del duelo en las personas mayores que son determinantes para el trabajo que se presenta: a) la experiencia de la viudedad puede durar muchos años, por lo que hay que tener en cuenta que la afectación puede durar mucho tiempo; b) la viudedad afecta a muchos ámbitos de la vida de la persona (relaciones sociales, ocio, economía). Sin embargo, las personas mayores tienen que seguir desarrollando su proyecto vital de forma activa y planificada; c) las personas mayores también pueden experimentar crecimiento a partir de las pérdidas de sus seres queridos; y d) las personas mayores tienen la capacidad y responsabilidad de desarrollar su propia reconstrucción vital, y los familiares y profesionales deberían mostrar sus apoyos en esa dirección. Echeburúa (2005) plantea que,



en las personas mayores, las reacciones de duelo pueden durar más tiempo como consecuencia de las dificultades de adaptación, de la soledad y del temor al futuro.

Las estimaciones actuales sobre la prevalencia de personas mayores en duelo varían entre un 10 y un 40% (Goldsmith et al., 2008; Ott et al., 2007; Piper et al., 2001; Prigerson et al., 1995). No obstante, tal y como señalan Newson, Boelen, Hek, Hofman y Tiemeir (2011) hasta la fecha, las tasas de prevalencia del duelo han sido calculadas a partir de estudios con muestra clínica (Piper et al., 2001) o pequeños estudios de personas en duelo (Ott et al., 2007), pero no en la población general. Los autores señalan que los estudios clínicos son útiles para entender la naturaleza del trastorno, pero pueden cometer el error llevar a una sobreestimación de la prevalencia ya que no son propensos a detectar los casos que presentan síntomas subclínicos (Newson et al., 2011).

### **3.1.2. El duelo complicado**

El malestar psicológico prolongado tras meses o años desde el fallecimiento del familiar se ha denominado, tal y como ya se ha comentado, duelo complicado. Tal y como ha propuesto Maddocks (2003), puede durar años e incluso cronificarse indefinidamente, interfiriendo sensiblemente con el funcionamiento general de la persona y comprometiendo su salud. Por tanto, en algunas ocasiones, el proceso de duelo normal puede complicarse debido a otras dificultades físicas o psicológicas, de modo que la persona no consigue realizar la adaptación a la nueva situación derivada del fallecimiento del familiar (Bonanno y Mancini, 2008; Jacobs, 1993; Parkes y Weiss, 1983; Prigerson, Silverman, Jacobs, Maciejewski, Kasl y Rosenheck, 2001), entrando en lo que se consideraría un proceso de duelo complicado.

El duelo complicado ha sido definido como una desviación, entendida en términos culturales y sociales, de la experiencia normal del proceso de duelo, que se relaciona con el tiempo transcurrido desde el fallecimiento (tiempo prolongado), la intensidad y duración de los síntomas experimentados (experiencia emocional intensa y/o duradera) o ambos factores en conjunto (Neimeyer, 2000). Este tipo de duelo puede manifestarse de distintos modos, tales como, por ejemplo, a través de una respuesta de inhibición en la que, o bien no se presentan los síntomas habituales, o éstos se presentan de forma retardada (Averrill, 1968; Middleton, Burnett, Raphael y Martinek, 1996; Parkes, 1996; Stroebe et al., 2001).

Existe una evidenciada dificultad para definir cuándo el proceso de duelo normal pasa a convertirse en duelo complicado o patológico, el cual podría convertirse, a su vez, en un trastorno depresivo. Así por ejemplo, en un estudio llevado a cabo por Wakefiel, Schmitz, First y Horwitz, (2007), se encontró que los episodios depresivos mayores tienen perfiles sintomáticos similares a los encontrados en los episodios depresivos desencadenados por el duelo y por otras pérdidas. Sin embargo, en el estudio longitudinal realizado por Boelen y Prigerson (2007) se han estimado importantes diferencias en los síntomas de malestar derivados del duelo complicado en comparación con el malestar derivado de la depresión o la ansiedad (asociada a otros factores), cuando pasan más de 6 y 15 meses desde la pérdida (tiempo considerado normal para la adaptación al duelo). Por tanto, los autores señalan que los síntomas depresivos y ansiosos que presentan las personas que no han superado el duelo en el tiempo considerado como habitual (seis meses aproximadamente) son diferentes de los de las personas que presentan trastornos depresivos o de ansiedad no originados por el duelo. Por esta razón, estos autores señalan la necesidad de elaborar los diagnósticos de forma clara y concisa, puesto que las intervenciones dirigidas únicamente a la depresión y la ansiedad pueden no resolver los problemas que ocasiona un trastorno como el duelo complicado. Esto es especialmente importante si se tiene en cuenta que el duelo complicado reduce de forma significativa la calidad de vida y la salud mental de las personas, incluso cuando se controla el efecto producido por la depresión y la ansiedad (Boelen, Keijser, van den Hout y van den Bout, 2007).

En cuanto a la clasificación del duelo complicado, dos importantes equipos de investigación propusieron los primeros sistemas clasificatorios de tal trastorno, en ausencia de criterios estándar establecidos en manuales de diagnóstico clínico como el DSM o el CIE. Por un lado, Prigerson et al. (1999), en sus intentos de concretar los criterios para el reconocimiento del duelo complicado, han llevado a cabo una extensa investigación, habiendo propuesto unos criterios basados en dos grandes tipos de malestar psicológico incluidos en el duelo complicado: malestar por la separación y malestar asociado al duelo (lo que en ese momento denominaron “pena traumática”, y más tarde pasaron a denominar “duelo complicado”). El malestar por la separación está caracterizado por la presencia de síntomas como pensamientos intrusivos sobre el fallecido, añoranza, búsqueda del fallecido y soledad como resultado del fallecimiento. Entre los síntomas de malestar asociado al duelo se incluirían la falta de metas y/o sensación de que todo es inútil respecto al futuro, la sensación subjetiva de indiferencia o la ausencia de respuesta emocional, las dificultades para aceptar la muerte y la excesiva irritabilidad, amargura y/o enfado en relación a la

muerte (Prigerson et al., 1999). García-García et al. (2002) realizaron una adaptación al castellano de tales criterios, que pueden consultarse en la Tabla 3.1.

**Tabla 3. 1.** Criterios para el duelo complicado (Prigerson et al., 1999; García-García et al., 2002)

<p><b>Criterio A:</b> Estrés por la separación afectiva que conlleva la muerte</p> <p>Presentar cada día o en grado acusado 3 de los cuatro síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pensamientos intrusivos (que entran en la mente sin control) acerca del fallecido.</li> <li>2) Añoranza (recordar su ausencia con enorme y profunda tristeza) del fallecido.</li> <li>3) Búsqueda (aun sabiendo que está muerto) del fallecido.</li> <li>4) Sentimientos de soledad como resultado del fallecimiento.</li> </ol>
<p><b>Criterio B:</b> Estrés por el trauma psíquico que supone la muerte</p> <p>Presentar cada día o en grado acusado, y como consecuencia del fallecimiento, 4 de los ocho síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Falta de metas y/o tener la sensación de que todo es inútil respecto al futuro.</li> <li>2) Sensación subjetiva de frialdad, indiferencia y/o ausencia de respuesta emocional.</li> <li>3) Dificultad para aceptar la realidad de la muerte.</li> <li>4) Sentir que la vida está vacía y/o que no tiene sentido.</li> <li>5) Sentir que se ha muerto una parte de sí mismo.</li> <li>6) Asumir síntomas y/o conductas perjudiciales del fallecido, o relacionadas con él.</li> <li>7) Excesiva irritabilidad, amargura, y/o enfado en relación con el fallecimiento.</li> <li>8) Tener alterada la manera de ver e interpretar el mundo.</li> </ol>
<p><b>Criterio C:</b> Cronología</p> <p>La duración del trastorno (los síntomas de los criterios A y B) es de al menos 6 meses.</p>
<p><b>Criterio D:</b> Deterioro</p> <p>El trastorno causa un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas de la persona en duelo.</p>

El otro equipo que propuso criterios para el diagnóstico de duelo complicado fue el de Horowitz et al. (1998; Horowitz, Wilner, Marmar y Krupnick, 1980). Si bien este equipo fue el primero en publicar sus criterios, ambos equipos trabajaron de forma independiente y en paralelo, proponiendo síntomas similares para el diagnóstico del duelo complicado (por ejemplo, añoranza, incredulidad, soledad, vacío o evitación). En esos momentos, estas coincidencias sugerían, en principio, un acuerdo general sobre los síntomas que conformarían el duelo complicado. Sin embargo, en un estudio comparativo llevado a cabo por Forstmeier y Maercker (2007) se concluyó que la aplicación de los criterios propuestos por el equipo de Horowitz llevaba a identificar una mayor prevalencia de duelo complicado

en la población, al ser dichos criterios más inclusivos y menos estrictos que los de Prigerson et al. (1999).

Si bien estos equipos han sido los pioneros en proponer criterios diagnósticos para el duelo complicado, no han sido los únicos. Por ejemplo, Worden (1997) propone una serie de criterios por los que identificar a las personas que presentan un “duelo complicado” (por ej., “no poder hablar del fallecido sin experimentar un dolor intenso”, “cambios radicales en el estilo de vida que supone la evitación de todo lo relacionado con el fallecido”) que resultan perfectamente compatibles con los criterios propuestos por los autores ya comentados (Horowitz et al., 1998; Prigerson et al., 1999), sugiriendo indicadores de estrés por la separación afectiva que conlleva la muerte (por ej., rumiaciones, pensamientos intrusivos, añoranza intensa...), o indicadores de estrés por el trauma psíquico que supone la muerte (por ej., falta de metas, ausencia de respuesta emocional, sentir que se ha muerto una parte de sí mismo, etc.). Este autor propone también criterios temporales y de impacto funcional para identificar el duelo complicado: se trata de un período de tiempo superior a seis meses tras la pérdida, y se identifica un deterioro significativo en la vida social, laboral o en otras áreas importantes de la vida de la persona.

En la actualidad, cabe destacar la reciente inclusión del duelo complicado en el Manual Diagnóstico DSM-V, con la denominación de Duelo Complicado Persistente. Esta propuesta ha sido encabezada por Prigerson y en ella han participado algunos de los investigadores más relevantes en la actualidad sobre procesos de duelo (Lichtenthal et al., 2004; Prigerson et al., 2009; Prigerson y Jacobs, 2001; Prigerson y Maciejewski, 2006; Simon, Wall, Keshaviah, Dryman, LeBlanck y Shear, 2011). La sección en la que se ha sugerido su inclusión es la III del DSM-V, dedicada a los diagnósticos que requieren aún investigación adicional. Los criterios propuestos para el duelo complicado se muestran en la Tabla 3.2.

**Tabla 3.2.** Criterios diagnósticos para el Duelo Complicado y Persistente en el DSM-V (traducción revisada por Barreto, de la Torre y Pérez-Martín, 2012).

**Criterio A**

El individuo ha experimentado la muerte de un familiar hace al menos 12 meses.

<p><b>Criterio B:</b></p> <p>Desde el fallecimiento, ha experimentado al menos uno de los siguientes síntomas, casi diariamente o en grado intenso o perturbador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) anhelos perturbadores y fuertes por lo que se ha perdido (Nota: en los niños pequeños, el anhelo se puede expresar en el juego y la conducta, incluyendo la separación-reunión con los cuidadores),</li> <li>b) dolor intenso por la separación,</li> <li>c) preocupación por el difunto, y</li> <li>d) preocupación por las circunstancias del fallecimiento (Nota: en los niños, esta preocupación por la persona fallecida puede ser expresada a través de los temas de juego y el comportamiento y se puede extender a la preocupación por la posible muerte de otras personas cercanas a ellos.).</li> </ul>
<p><b>Criterio C:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El dolor/distrés por la separación: desde el fallecimiento, ha experimentado por lo menos seis de los siguientes síntomas, casi diariamente o en un grado intenso o perturbador: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) dificultades marcadas para aceptar la muerte (Nota: en los niños, esto depende de la capacidad del niño para comprender el significado y la permanencia de la muerte),</li> <li>b) aturdimiento,</li> <li>c) dificultad para recordar positivamente al fallecido,</li> <li>d) evaluaciones desadaptativas sobre uno mismo en relación al difunto o la muerte (por ejemplo, sentimiento de culpa),</li> <li>e) tristeza o ira,</li> <li>f) evitación excesiva de recordatorios de la pérdida (por ejemplo, la evitación de las personas, lugares o situaciones relacionadas con el fallecido). (Nota: en los niños, esto puede incluir la evitación de pensamientos y sentimientos con respecto a la persona fallecida.)</li> </ul> </li> <li>- Interrupción de la identidad social: <ul style="list-style-type: none"> <li>g) deseo de morir para estar con el fallecido,</li> <li>h) dificultad para confiar en los otros,</li> <li>i) sentirse solo,</li> <li>j) sentir que la vida no tiene sentido,</li> <li>k) confusión sobre su propia identidad o papel en su vida, y</li> <li>l) dificultad o reticencia para marcarse metas futuras).</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Criterio D:</b></p> <p>La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas social, ocupacional o de otro tipo de funcionamiento.</p>
<p><b>Criterio E:</b></p> <p>La reacción de duelo debe ser desproporcionada o no acorde con las normas culturales, religiosas o adecuadas a la edad.</p>
<p><b>Especificar si:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Con Duelo Traumático: posterior a una muerte que ocurrió bajo circunstancias traumáticas (por ejemplo, el homicidio, el suicidio, el desastre o accidente), hay pensamientos persistentes, frecuentes y angustiantes, imágenes o sentimientos relacionados con las características traumáticas de la muerte (por ejemplo, el difunto grado de sufrimiento, lesión horrible, la culpa o la de los otros para la muerte), incluso en respuesta a los recordatorios de la pérdida.</li> </ul>

Se han realizado otras clasificaciones del duelo atendiendo a distintos aspectos del mismo. Una de éstas ha sido la propuesta por Parker (1999), quien señala distintos tipos o formas de presentación del duelo complicado en función de las características de su presentación: a) duelo anticipatorio: síntomas del duelo presentes antes del fallecimiento

del familiar; b) duelo crónico: estable en la persona de forma permanente; c) duelo retardado: los síntomas aparecen pasados unos meses de la muerte del familiar; d) duelo represivo: las condiciones sociales-culturales no permiten la expresión normal del duelo; y e) duelo enmascarado: la persona en duelo presenta los mismos síntomas médicos de la persona fallecida.

Por otro lado, el duelo también se ha analizado en función de dos aspectos importantes: las fases y las tareas del duelo. Con respecto a la clasificación por fases, muchos autores han sido los que han propuesto diferentes fases por las que pasa la persona para superar el duelo. Nomen (2007) ha clasificado las fases y autores más relevantes en el estudio del proceso de duelo entendido por fases (ver Tabla 3.3). En este sentido, uno de los autores, Parkes (1998), ha señalado que tales fases de afrontamiento del duelo no serían ni obligatorias ni excluyentes entre sí, pudiendo coexistir entre ellas. Otra clasificación por fases relevante no incluida en la Tabla 3.3 es la propuesta por Neimeyer (2000), según la cual existiría una primera fase de evitación, que daría paso a una de asimilación y, finalmente, a la acomodación de la pérdida.

Desde otra línea de investigación se ha propuesto la existencia de tareas de duelo, en lugar de fases del mismo. Así por ejemplo, Worden (1997) sugiere que, mientras que las fases serían algo pasivo, por las que la persona atraviesa sin necesidad de implicarse en ello, las tareas requieren una implicación activa por parte de la persona. Su propuesta incluye cuatro tareas en el duelo: a) aceptar la realidad de la pérdida, b) trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, c) adaptarse a un medio en el que el ser querido está ausente, y d) recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo. De forma parecida, Parkes y Weiss (1989) también han sugerido la existencia de tres tareas fundamentales: a) reconocimiento intelectual y explicación de la pérdida, b) aceptación emocional de la pérdida y c) asunción de una nueva identidad.

**Tabla 3.3.** Resumen de modelos por fases (Nomen, 2007)

Autores Fases	Lindeman n (1944)	Engel (1961 )	Kübler- Ross(1972 )	Parke s (1972)	Horowitz (1980)	Davis n (1979)	Bowlb y (1980)	Martocchin o (1985)

Shock e incredulidad	X	X					X
Negación			X		X		
Insensibilidad o incapacidad para sentir				X		X	X
Aflicción y depresión aguda	X	X	X				
Anhelos y búsqueda del otro				X		X	X
Desesperanza y angustia (ansiedad)				X			X
Identificación con el fallecido							X
Cólera e ira y protesta		X	X		X		X
Negociación			X				
Desorientación						X	X
Aceptación		X	X		X		
Reorganización	X			X		X	X

Una vez atravesadas las fases del duelo o realizadas las tareas descritas anteriormente, la pérdida puede haberse superado cuando la persona es capaz de pensar en el fallecido sin sentir un gran malestar emocional debido a los recuerdos, siendo capaz de prestar atención a las vivencias positivas compartidas con la persona fallecida y con ello, iniciar un tipo de recuerdo más sereno (Latiegi, 1999). Otros indicadores de recuperación serían que la persona pueda pensar sobre la pérdida sin sentir culpa, pueda expresar los sentimientos sobre ésta, hacerse cargo de la nueva realidad asumiéndola intelectual y emocionalmente y, sobre todo, que se sienta capaz de proyectar su vida hacia el futuro, con la posible implicación en proyectos ilusionantes (Lee y Kessler, 1995; Morganett, 1995); es decir, cuando se produzca la aparición de un nuevo planteamiento de metas y valores personales. Por tanto, se puede decir que se ha completado el duelo cuando la persona es capaz de recordar al fallecido sin sentir dolor, cuando aprende a vivir sin él o ella, y cuando deja de vivir en el pasado y puede poner todos sus esfuerzos en su nuevo proyecto de vida.

A continuación, se describen con mayor detalle los efectos negativos más habituales encontrados en el proceso de duelo.

### **3.1.3. Correlatos negativos del duelo**

El proceso de duelo presenta efectos negativos sobre la salud física y psicológica de las personas, asociándose con un incremento del riesgo de mortalidad, sobre todo en las primeras semanas y meses después de la pérdida (Stroebe et al., 2007). Su relación con decrementos en la salud física se refleja en una mayor presencia de síntomas y enfermedades y, en consecuencia, un mayor uso de los servicios médicos por parte de las personas en proceso de duelo (Stroebe et al., 2007).

Como se ha comentado, el duelo se asocia con un mayor riesgo de la mortalidad por muchas causas, incluyendo el suicidio. En su extensa revisión de estudios, Stroebe et al. (2007) concluyen que la mortalidad en el duelo es atribuible, en gran medida, a la pérdida de la persona como tal, es decir, al malestar psicológico que produce la pérdida, reflejado en experiencias emocionales como la soledad (Stroebe, Stroebe y Abakoumkin, 2005) y muy relacionado con los cambios asociados a la pérdida, tales como cambios en el contexto social, los hábitos cotidianos o dificultades económicas (Parkes, 1996). Algunas evidencias disponibles sugieren diferencias de género en este sentido: en los hombres aparecen mayores tasas de mortalidad asociadas al duelo, relacionadas con el consumo de alcohol y las pérdidas relacionadas con el estatus marital (Stroebe et al., 2001).

En cuando a las variables de salud física, el duelo se ha relacionado con mayor discapacidad física y uso de drogas (Stroebe et al., 2007; Parkes, 1996), mayores niveles de dolor crónico (Bradbeer, Helme, Yong, Kending y Gibson, 2003), empeoramiento general de la salud y, como ya se ha comentado, un mayor número de visitas al médico (Thompson, Breckenridge, Gallagher y Peterson, 1984). Se han realizado estudios que muestran cómo el proceso de duelo afecta al sistema inmunológico y conduce a cambios en los sistemas endocrino, nervioso autónomo y sistema cardiovascular (Stroebe et al., 1999; 2001; 2007). Otras consecuencias observadas de forma específica en la población mayor en duelo han sido el deterioro en el rendimiento de la memoria, problemas de nutrición (Aartsen, van Tilburg, Smits, Comijs y Knipscheer, 2005; Rosenbloom y Whittington, 1998), laborales, dificultades de relación, problemas de concentración, disminución de la participación en el contexto social (Carr, Nesse y Wortman, 2005; Urz, Carr, Nesse y Wortmann; 2002) y peor



salud física general (Charlton, Sheahan, Smith y Campbell, 2001; Christakis y Allison, 2006; Kowalski y Bondmass, 2008).

Por otro lado, el duelo ha recibido una gran atención por su relación con variables psicológicas y relacionadas con la adaptación. Algunos de los problemas que se han asociado con el proceso de duelo son, además de la ideación suicida (Byrne y Raphael, 1997; Lathan y Prigerson, 2004; Segal y Roy, 2001; Stroebe et al., 2005) y la soledad (LLund, Caserta y Dimond (1993), ya comentados en párrafos anteriores, el insomnio (Hardison, Neimeyer y Lichstein, 2005), la depresión, la ansiedad, el estrés, síntomas somáticos, la desadaptación social durante los 6 meses siguientes a la pérdida (Byrne y Raphael, 1997; Chen, Bierhals, Prigerson, Kasl, Mazure y Jacobs, 1999) y niveles más bajos de bienestar psicológico (Thuen, Reime y Skrautvoll, 1997). Los problemas emocionales asociados al duelo, tales como la depresión o la ansiedad, se asocian, a su vez, con dificultades cognitivas (por ej., atención o memoria), las cuales interfieren claramente en la adaptación de las personas mayores (Ward, Mathias y Hitchings, 2007).

Por último, y por la relevancia que presenta para este trabajo, se ha sugerido que las variables cognitivas tienen una relevancia fundamental en el proceso del duelo. Específicamente, Boelen, van den Bout y van de Hout (2003) señalan que las creencias negativas globales, las cogniciones autoculpabilizadoras, las cogniciones negativas sobre las respuestas de otras personas después de la pérdida y las cogniciones negativas sobre las reacciones de uno mismo hacia el proceso doloroso del duelo se relacionan de forma significativa con la gravedad de los síntomas del duelo complicado, esto es, con la depresión y la ansiedad (Boelen et al., 2003). Otros estudios han señalado también la significativa relación entre las variables cognitivas y la severidad de los síntomas del duelo (Schwartzberg and Janoff-Bulman, 1991).

A continuación se describe más extensamente el papel de una de las variables de regulación emocional más relevantes para este estudio, la rumiación.

### **3.1.4. La rumiación en el proceso de duelo**

En el apartado anterior se comentó que las cogniciones negativas y la evitación son consideradas por algunos autores como elementos clave en el desarrollo y mantenimiento

del duelo complicado (Boelen, van den Hout y van den Bout, 2006a; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Shear et al., 2007). De hecho, se ha constatado teórica y empíricamente que la utilización tanto de las cogniciones negativas como de la evitación en el proceso de duelo conlleva una mala adaptación a la pérdida y, además, deriva en mayores complicaciones en tal proceso, pudiendo provocar la cronificación del duelo o su complicación con síntomas más intensos (Stroebe et al., 2007). Un tipo de variable cognitiva que resulta especialmente interesante en el contexto de este trabajo es la rumiación. En el ámbito de estudio del duelo, la rumiación se ha caracterizado un patrón pasivo y persistente de pensamiento repetitivo focalizado en la ocurrencia, causas y consecuencias de la pérdida y las emociones negativas y síntomas que lo acompañan (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Nolen-Hoeksema y Davis, 1999; Nolen-Hoeksema y Larson, 1999; Stroebe et al., 2007).

Puede afirmarse que han sido Nolen-Hoeksema y su equipo quienes han liderado la investigación sobre el papel de la rumiación en el proceso de duelo (Nolen-Hoeksema y Davis, 1999; Nolen-Hoeksema y Larson, 1999). Desde este enfoque, se considera la rumiación como una clara estrategia disfuncional que obstaculiza la adaptación a la pérdida (Nolen-Hoeksema, 2001). Esta propuesta ha sido reiteradamente aceptada entre los investigadores más destacados en el estudio del duelo. Por ejemplo, Bonanno y su equipo (Bonanno, Papa, Lalande, Zhang y Noll, 2005; Bonano, 2001; Bonano, Papa y O'Neill, 2001) han comparado la rumiación con la evitación en el proceso de aceptación de la pérdida, encontrando que el duelo complicado es una forma de rumiación que exacerba los síntomas de malestar, lo cual parece ser una estrategia más desadaptativa aún que la propia evitación de los sentimientos y pensamientos de la pérdida en el tratamiento del duelo (Bonanno et al., 2011). De forma similar, Michael y Snyder (2005) encontraron que la rumiación sobre la pérdida está asociada a menores niveles de bienestar psicológico y que, además, tal rumiación media la relación entre la capacidad de extraer significado y sentido de la pérdida y el bienestar psicológico, siendo las personas que obtienen menos sentido y significado de la pérdida las que más rumian y, por tanto, las que presentan menores niveles de bienestar psicológico.

En esta misma línea, otro importante estudio llevado a cabo por van der Houwen, Stroebe, Schut, Stroebe y van den Bout (2010) señala la rumiación y las interpretaciones negativas del duelo como elementos fundamentales en la explicación del malestar asociado al proceso de duelo complicado. Concretamente, sugieren que la rumiación es una variable mediadora del efecto del apoyo social sobre el malestar del duelo complicado, la sintomatología depresiva y el estado de ánimo positivo: las personas con bajo apoyo social

tienden a rumiar más, lo que los lleva a tener niveles más altos de malestar y depresión y menor frecuencia de emociones positivas. Estos resultados son consistentes con los aportados en un estudio previo realizado por Nolen-Hoeksema et al. (1994), quienes encontraron que la rumiación media el efecto del apoyo social sobre los síntomas depresivos. Asimismo, también se propone que las mujeres alcanzan sus mayores niveles de depresión a través de los altos niveles de rumiación, sugiriendo, por tanto, que la rumiación media la relación entre el sexo y la depresión, y por consiguiente las mujeres presentan mayor prevalencia de depresión por sus altos niveles de rumiación. Por tanto, el género ha demostrado una importante relación con el duelo y el estado de ánimo, en parte, a través de la rumiación. Las mujeres son las que mayor rumiación presentan (frente a los hombres), lo cual, tal y como señalan los autores, les conduce a tener mayores niveles de malestar relacionado con la pérdida y menores niveles de afecto positivo (van der Houwen et al., 2010; Nolen-Hoeksema et al., 1994).

De este modo, la rumiación se perfila como uno de los componentes más relevantes del duelo complicado (Nolen-Hoeksema, 2001; Stroebe et al., 2007). Se ha llevado a cabo una extensa investigación sobre las intervenciones dirigidas a la reducción de los niveles de rumiación y, por extensión, los niveles de depresión en personas en duelo. Nolen-Hoeksema (2001) ha propuesto una serie de estrategias de intervención que han generado una importante controversia (Stroebe et al., 2007). Por ejemplo, la autora (Nolen-Hoeksema, 2001) propone la distracción positiva (en lugar de la supresión) como una adecuada estrategia para la resolución de las rumiaciones, ya que se trata de “una estrategia agradable, alternativa a los pensamientos negativos, que no induce a la persona a la angustia” (p.555). En contraste con este enfoque, la conceptualización realizada por el equipo de Stroebe (Stroebe et al., 2007) plantea la rumiación en términos de evitación. En este sentido, estos autores consideran más efectiva que la distracción la confrontación o exposición a los eventos negativos relacionados con la pérdida, con el objetivo de llegar a entender y aceptar la pérdida a nivel cognitivo y emocional y poder considerarla irrevocable. Este proceso de aceptación sería el que ayudaría a la persona de forma gradual a atenuar el vínculo hasta ahora establecido con la persona perdida (por ej. “no va a volver a verle”). De este modo, estos autores señalan la evitación como un elemento central en la explicación del malestar derivado de la pérdida y en el desarrollo y mantenimiento del duelo complicado (Boelen et al., 2006a; Boelen, van den Bour y van der Hout, 2006b; Shear et al., 2007). En este mismo sentido, Morina (2011) ha señalado cómo tanto la rumiación como la evitación pueden intensificar los síntomas depresivos tras la muerte de un ser querido y favorecer la aparición del duelo complicado.

De forma coherente con su conceptualización, Stroebe et al. (2007) señalan que las intervenciones cognitivo-conductuales dirigidas a la exposición podrían ser utilizadas para la confrontación de la pérdida por parte de las personas que sufren un duelo complicado. De cara a reducir las barreras y resistencias que presentan las personas a la exposición a la pérdida se ha señalado la utilidad de la reestructuración cognitiva (Boelen et al., 2006a). Diversos ensayos clínicos han probado la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales centradas en la exposición y la reestructuración cognitiva en el tratamiento de los síntomas depresivos presentes en el duelo complicado (Boelen et al., 2007; Shear et al., 2001; Wagner, Knaevelsrud y Maercker, 2006).

A modo de síntesis de este apartado, en el análisis de las distintas perspectivas teóricas en el estudio del duelo se perfila cierta tendencia a considerar que dos elementos centrales en la explicación del malestar en el proceso de duelo son la rumiación relativa a la pérdida y la evitación, basada en la falta de aceptación de las emociones negativas (Wetherell, 2012). Asumiendo la centralidad de estas estrategias de regulación emocional desadaptativas, que podrían estar en la base del origen y mantenimiento del duelo complicado (por ej., van der Howen et al. 2010), se hace evidente la importancia de diseñar intervenciones dirigidas a reducirlas. En el siguiente apartado se revisan las intervenciones psicológicas desarrolladas para disminuir el malestar de las personas en proceso de duelo.

## **3.2. La intervención psicológica en el proceso de adaptación a las pérdidas afectivas**

---

El trabajo terapéutico del duelo ha sido definido a lo largo de la investigación clínica como un proceso cognitivo-emocional que implica la confrontación con los pensamientos recurrentes acerca de la persona fallecida, la experiencia de la pérdida y los cambios que se producen en la vida de la persona que permanece (Bowlby, 1980; Lindemann, 1944; Stroebe, 1992; Wortman y Siven, 1985). Páez, Fernández, Ubillos y Zuñibet (2004) incluyen, entre las funciones necesarias para el correcto afrontamiento de la pérdida, las siguientes:

- a) función de conocimiento/aprendizaje: conocer fehacientemente la realidad y aceptarla,
- b) función de construcción de significado: darle sentido, comprender lo ocurrido y percibir el mundo como controlable, justo y previsible, y c) función de desarrollo personal o construcción del significado: construir un significado positivo, conocimiento y crecimiento

personal. Cabe señalar que esta visión tiene una importante cercanía conceptual con la Terapia de Aceptación y Compromiso, que más adelante se desarrollará. A continuación, se revisan las intervenciones psicológicas desarrolladas para disminuir el malestar emocional de las personas en duelo y, más concretamente, en duelo complicado.

### **3.2.1. Intervenciones psicológicas desarrolladas**

Se han realizado varias revisiones y meta-análisis sobre las intervenciones terapéuticas llevadas a cabo en el proceso de duelo (Kato y Mann, 1999; Jordan y Neimeyer, 2003; Schut y Stroebe 2005; Schut et al., 2001). La revisión llevada a cabo por el equipo de Stroebe (Stroebe et al., 2001) utilizó criterios muy selectivos para la elección de trabajos a revisar, excluyendo estudios: a) que no tuviesen grupos control; b) que no hubieran empleado una asignación aleatoria de los participantes a los grupos experimentales y controles; c) que presentaran diseños no apropiados; d) que utilizaran instrumentos de evaluación de baja fiabilidad; y e) que presentasen errores en los análisis estadísticos. Tal y como señalan los autores (Stroebe et al., 2007; 2001), las intervenciones en duelo pueden dividirse en intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria (Stroebe et al., 2007; 2001). Las intervenciones primarias son aquellas en las que la ayuda profesional está disponible para todas las personas en que se encuentren en un proceso de duelo, sin que exista una evaluación o cribaje adicional que valore otras circunstancias y características personales o situacionales. En las intervenciones secundarias, las intervenciones están diseñadas para personas en duelo que se someten a una evaluación o cribado para considerar los factores de riesgo y vulnerabilidad asociados a la pérdida (por ej., niveles altos de ansiedad o circunstancias traumáticas de la pérdida). Finalmente, el nivel terciario de intervención incluye aquellas intervenciones dirigidas a personas inmersas en procesos de duelo complicado, tales como una depresión relacionada con la pérdida o trastornos postraumáticos, donde tales trastornos siguen presentes tras el tiempo normalizado del duelo (Stroebe et al., 2007; 2001).

Se han desarrollado numerosas formas de tratamiento para el proceso de duelo, inspiradas en diferentes conceptualizaciones terapéuticas para población general, niños, o adultos (Hensley, 2006a; Hensley, 2006b). De forma particular, algunas de las intervenciones específicas que se han propuesto tienen su fundamento en terapias propuestas para la depresión o la ansiedad, puesto que los síntomas son coincidentes.

Algunos de los tratamientos psicológicos desarrollados han sido terapias de apoyo (Davis y Jessen, 1982; Murphy et al., 1998; Piper, Ogrodniczuk, Joyce y Weideman, 2011), terapia centrada en el cliente (Goodman, Morgan, Juriga y Brown, 2004), psicoterapia basada en la búsqueda de sentido (Neymeyer y Wogrin, 2008), terapia psicodinámica breve (Horowitz, Marmar, Weiss, De Witt y Rosenbaum, 1984), terapia psicodinámica con grupos de autoayuda (Marmar, Horowitz, Weiss, Wilner y Laltreider, 1988), la hipnosis (Savage, 1993), el psicoanálisis (Elders, 1995), la terapia cognitiva (Gluhoski, 1995; Malkinson, 2007; Thompson, Gantz, Florsheim, Del Maestro, Rodman, Gallagier y Bryan, 1991), terapia de conducta (Mawson et al., 1981), desensibilización sistemática (Lieberman, 1978), terapia cognitivo-conductual (Allen, Oseni y Allen, 2012; Boelen, Keijser, van den Hout y van den Bout, 2007) y terapia interpersonal (Crenshaw, 2006). Sin embargo, la mayor parte de estas terapias no se aplican de forma específica sobre el duelo, sino sobre los síntomas depresivos y ansiosos (Wetherell, 2012).

Boelen et al. (2007) encontraron que la técnica de exposición es, por sí sola, más efectiva que la reestructuración cognitiva, cuando se llevan a cabo de forma independiente. Por su parte, Shear, Frank, Houck y Reynolds et al. (2005) han publicado un ensayo controlado y aleatorizado en el que comparan la eficacia de dos tipos de intervenciones: la terapia interpersonal y un programa específico del tratamiento del duelo, propuesto por los autores, y consistente en 16 sesiones. Ambas terapias estaban compuestas por tres fases, si bien en la Terapia Interpersonal los terapeutas ponían el foco de atención tanto en el duelo, como en otras áreas relacionadas con sus relaciones y problemas interpersonales, con el objetivo de mejorar tales relaciones personales y analizar los aspectos positivos y negativos de la situación de duelo y en búsqueda de la satisfacción con las actividades y las relaciones. Sin embargo la Terapia de Duelo Complicado centra más su atención en el proceso en sí mismo de duelo (como proceso dual, ya comentado previamente) favoreciendo estrategias de adaptación y reestructuración en favor del reajuste de la vida de la persona a partir de la pérdida. Se trabajan de forma directa las metas y valores vitales de la persona a lo largo de la terapia. Los resultados indicaron que ambos tratamientos redujeron significativamente el malestar asociado al duelo complicado, pero la tasa de respuesta positiva fue mayor para el grupo que recibió el tratamiento específico de duelo complicado (51%) frente al grupo de terapia interpersonal (28%).

Es importante mencionar que se ha propuesto de forma específica una terapia para el duelo complicado (TDC) que tiene influencias teóricas de la terapia interpersonal y la terapia cognitivo-conductual y está recibiendo un fuerte apoyo empírico (Harkness, Shear,

Frank y Silberman, 2002; Shear et al., 2005; Shear et al., 2001). Esta terapia está basada en la teoría del apego, según la cual los seres humanos están biológicamente programados para buscar y mantener relaciones cercanas. De forma resumida, esta terapia se basa en el procesamiento de la representación mental que tiene la persona (en duelo) sobre la figura de apego que pierde (persona fallecida). Concretamente, se propone que en el duelo complicado la pérdida sólo es integrada en la memoria declarativa, pero no en la implícita, por lo que no se lleva a cabo un adecuado y completo procesamiento de la pérdida. Este proceso hace que se produzca una falta de aceptación profunda de dicha pérdida, lo cual, a su vez, lleva a la persona a distanciarse del mundo en general. Por tanto, la terapia consistiría en disminuir los obstáculos que se interponen en la resolución del proceso del duelo, a través de la exposición al dolor que supone la pérdida, para que, con ello, se instaure en la memoria implícita (no solo en la declarativa) y se produzca finalmente la aceptación (Wetherell, 2012). Pese a que esta terapia no se ha relacionado de forma explícita con la terapia de aceptación y compromiso (ACT), cabe señalar que ambas terapias comparten principios filosóficos y objetivos muy similares. Así, desde ACT, se busca facilitar el proceso contrario a la evitación experiencial, la aceptación, ayudando a la persona a realizar una exposición de los pensamientos, emociones y recuerdos desagradables y dolorosos para llegar a la aceptación profunda e incondicional del evento.

Por su parte, Jordan y Neimeyer (2003) y Schut et al. (1993) señalaban en sus respectivas revisiones bibliográficas sobre las intervenciones eficaces en el proceso de duelo, que el tamaño del efecto de tales intervenciones era, por el momento, muy bajo. La situación ha mejorado de forma clara en la actualidad, si bien sigue siendo escasa la evidencia empírica que demuestra la eficacia de intervenciones psicológicas específicas para el duelo complicado. Además, tal y como señaló Parkes (1998), no existe evidencia de que todas las personas que participan en programas de intervención en duelo se benefician igualmente de ellas y, cuando hay beneficio, los diseños experimentales no permiten descartar la posibilidad de que la mejora de los síntomas sea debida a una remisión natural y no a los programas de intervención (Parkes, 1998; Stroebe et al., 2007). Además, lamentablemente, por el momento son escasos los estudios centrados en dilucidar los mecanismos de acción de las intervenciones eficaces en el duelo.

En los últimos años, y en el contexto de la popularidad de las terapias de tercera generación (Hayes et al., 1999; 2011), diferentes estudios aportan datos que sugieren la utilidad y eficacia de las técnicas basadas en la aceptación y la atención plena (mindfulness) para reducir estos patrones de rumiación y cambiar los estilos de evitación implicados en

los procesos de duelo complicado (van der Howen, et al., 2010; Jain, Shapiro, Swanick, Roesch, Mills, Bell y Schwartz, 2007). En este sentido, la Terapia de Aceptación y Compromiso aparece como un enfoque terapéutico muy útil para el fomento de la aceptación de las pérdidas, que parece ser especialmente interesante para el trabajo con personas mayores (Petkus y Wetherell, 2013). Esta terapia se abordará en el siguiente apartado de forma más extensa.

Es importante señalar que, si bien se han propuesto algunas intervenciones farmacológicas con el objetivo de reducir los síntomas derivados del proceso de duelo (Hensley, Slonmski, Uhlenhuth, y Clayton, 2009; Jacobs, Nelson y Zisook, 1987; Silmon, Thompson, Pollack y Shear, 2007; Zigmont, et al., 1998), es escasa la evidencia que avale su eficacia (Stroebe et al., 2007), siendo Alexopoulos (2005) o Raphael, Minkov y Dobson (2001) algunos de los autores que sí han llevado a cabo estudios rigurosos avalando la eficacia de sus tratamientos.

Poniendo el foco de interés en la población mayor, resulta fundamental tener en cuenta otros factores relevantes para el trabajo terapéutico en duelo, tales como su entorno social próximo, o la sostenibilidad de la persona en duelo sin la persona fallecida, tal y como han señalado Knight y Poon (2008). En la misma línea, otros autores han señalado, de forma específica en población mayor, la necesidad de atender al contexto familiar y social en el que permanece la persona en duelo, ya que ésta se somete a un importante cambio de identidad social (por ej., la viudedad, cambiar de residencia, etc.). Tal y como han señalado los autores, los factores individuales, interpersonales y contextuales suponen potenciales factores de riesgo o de protección cuando se trabajan la depresión en personas mayores sometidas a procesos de duelo (Knight y Poon, 2008).

Tras las reflexiones anteriores puede concluirse que es preciso continuar potenciando la investigación sobre terapias eficaces para ayudar a las personas en duelo en su proceso de adaptación y aceptación de sus pérdidas afectivas (Stroebe et al., 2007). En este sentido, se ha señalado la terapia de aceptación y compromiso como una aproximación terapéutica idónea para abordar el trabajo de duelo en la población general y, de forma especialmente útil, en las personas mayores. En el siguiente apartado, y dada la centralidad de esta terapia en el contexto de este trabajo, se aborda la descripción y el análisis de esta terapia.



### **3.3. La Terapia de Aceptación y Compromiso como marco para la intervención en duelo complicado**

---

#### **3.3.1. Conceptualización y marco teórico**

En los últimos años, la psicología ha desarrollado numerosas perspectivas de trabajo para el diseño de intervenciones psicológicas útiles y eficaces. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes et al., 1999, 2011) nace en la década de los noventa y se incluye en el paradigma de las denominadas terapias conductuales de tercera generación (Hayes et al., 1999; 2011). De acuerdo con Hayes (2004), la primera generación se correspondería con la terapia de conducta clásica, que tenía como objetivo el cambio directo del comportamiento a través de diferentes técnicas conductuales y el manejo de contingencias (Skinner, 1945; Watson, 1913). El reduccionismo del modelo conductista original, centrado casi exclusivamente en la conducta observable, suscitó una importante crisis del paradigma conductual que cristalizó con la incorporación de las variables cognitivas y el nacimiento de la llamada segunda generación de terapias conductuales, en las que se concede al componente cognitivo la centralidad en la explicación de la conducta humana y los problemas psicológicos (Beck, 1967; Ellis, 1957). Más tarde, a partir de las críticas que surgen, cada vez con mayor peso, por parte de investigadores fieles al paradigma del conductismo radical o análisis de conducta (Jacobson y Christensen, 1996; Hayes et al., 2004) sobre la dificultad para operativizar las variables cognitivas y su efecto sobre la conducta, surge la tercera generación de terapias conductuales, también llamadas terapias contextuales. Las terapias habitualmente incluidas bajo la categoría de terapias de tercera generación son la Terapia de Aceptación y Compromiso de Hayes, Stroschal y Wilson (1999), la Terapia Dialéctica de Linehan (1993), la Psicoterapia Analítica Funcional de Kohlenberg y Tsai (1991), la Terapia Integral de Pareja de Jacobson y Christensen (1996) y la Terapia cognitiva para la depresión basada en la atención plena de Segal, Williams y Teasdale (2002).

Esta nueva generación de terapias se impone con fuerza en los años 90 y representa un salto cualitativo en cuanto al planteamiento de los objetivos fundamentales de la terapia de conducta: mientras que las anteriores generaciones se focalizaban en el cambio directo de conductas y cogniciones para conseguir la reducción del malestar, la tercera generación de terapias se plantea la importancia y utilidad de la potenciación terapéutica de la aceptación de los eventos negativos internos (cogniciones y emociones), de cara a ayudar a

la persona a vivir una vida con significado y coherente con sus valores personales, lo cual facilitará finalmente el cambio (indirecto) en su nivel de bienestar. De este modo, el foco de interés de estas terapias no es eliminar los síntomas emocionales y cognitivos (eventos privados aversivos), sino alterar su función a través de la alteración del contexto en el que estos síntomas cognitivos resultan problemáticos (Luciano y Valdivia, 2006). Tal y como describen Márquez-González et al. (2013), las terapias de tercera generación comparten las siguientes concepciones: a) los problemas psicológicos sólo pueden ser comprendidos y abordados en su contexto amplio, lo cual implica centrarse en la persona entendida en sentido extenso (pensamientos, emociones, valores y aspiraciones) y en la interacción con el mundo y las demás personas; y b) el tratamiento adecuado de muchos problemas psicológicos pasa necesariamente por potenciar la aceptación de experiencias privadas aversivas (pensamientos y emociones) inmodificables que la persona encuentra difíciles de tolerar o asumir.

De entre las terapias de tercera generación, la más paradigmática es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) que, según sus autores, se desarrolla a partir de una sólida fundamentación teórica: la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT; Hayes et al., 1999). La RFT se basa en el marco filosófico del Contextualismo Funcional propuesto por el propio Hayes y hunde sus raíces teóricas en el conductismo radical de Skinner y el interconductismo de Kantor. La Teoría de los Marcos Relacionales tiene como foco de interés el análisis del lenguaje y la cognición, concebidos desde la perspectiva del aprendizaje relacional. Desde este punto de vista, los pensamientos y los sentimientos se activarían en determinados contextos provocando una tendencia a realizar la conducta con la que los pensamientos y/o sentimientos han sido previamente condicionados (Biglan y Hayes, 1996; Hayes y Brownstien, 1986) (por ej., aprender a relacionar eventos de forma condicionada hasta que se abstraen la clave contextual que los relaciona; por ej., “fuego” = “peligro”). De este modo, se otorga una importancia esencial a las reglas verbales aprendidas gracias al lenguaje a lo largo de la vida, asumiendo que tales reglas han adquirido un valor emocional a través de las asociaciones previamente establecidas entre ellas. No cabe duda de que las habilidades verbales y cognitivas también son una herramienta útil para que las personas puedan resolver las situaciones complejas presentes en el mundo y puedan adaptarse a tales situaciones. Sin embargo, el problema se presenta al utilizar tales reglas y herramientas verbales en contextos inadecuados e inoportunos, como ocurre cuando se pretenden someter las emociones y sensaciones al control verbal o cognitivo; en esos casos, estas reglas se convierten en una fuente de problemas, más que en una herramienta eficaz de para resolverlos (Luoma, Hayes y Walser, 2007). De forma

específica, la Terapia de Aceptación y Compromiso pretende que las personas aprendan a utilizar eficazmente su lenguaje bajo el control contextual apropiado (Hayes y Strosahl, 2004). Este elemento juega un papel esencial en la Terapia de Aceptación y Compromiso.

El núcleo terapéutico de ACT está compuesto por dos procesos centrales, recogidos en su propio nombre: la aceptación de eventos privados aversivos y el compromiso con los valores personales (Hayes y Strosahl, 2004). El objetivo central de esta terapia es que la persona adquiera una mayor flexibilidad psicológica a través del aprendizaje de una actitud de apertura o aceptación incondicional de los eventos (emociones, recuerdos o pensamientos) privados negativos. Esta actitud de aceptación sería la alternativa al control de tales eventos implícitos (o lucha por controlarlos) que caracteriza al fenómeno de la evitación experiencial (evitar exponerse a tales eventos internos), el cual se relaciona íntimamente con la fusión cognitiva, definida como el predominio del control verbal (funciones psicológicas verbalmente derivadas) sobre la regulación comportamental, que se refleja en un apego excesivo al contenido literal del pensamiento y a los contextos verbales de dar razones, solucionar problemas y evaluar/juzgar (Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte, Pistorello, 2013). A su vez, esta aceptación está al servicio de la posibilidad de vivir la vida que la persona quiere vivir, esto es, una vida comprometida con sus propios valores personales, reflejada en comportamientos que le permitan avanzar en la dirección de dichos valores (Wilson y Luciano, 2002). Por tanto, los objetivos específicos de ACT son: a) clarificar los valores personales, b) mostrar acciones comprometidas con dichos valores que acercan a la persona a los valores elegidos; c) potenciar la capacidad de estar dispuesto a experimentar y aceptar incondicionalmente las emociones y pensamientos negativos y desagradables que surjan en el camino de la consecución de los valores personales; d) potenciar la capacidad de estar en contacto con el presente, sin anclarse a los recuerdos del pasado o las preocupaciones del futuro; y e) potenciar la defusión cognitiva, distanciándose de la carga emocional resultante de la literalidad del lenguaje. En definitiva, potenciar la flexibilidad psicológica de la persona para que pueda desarrollar una vida orientada hacia sus valores, aceptando sus experiencias privadas negativas en el aquí y el ahora (Luciano y Valdivia, 2006; Hayes et al., 2011; 2004).

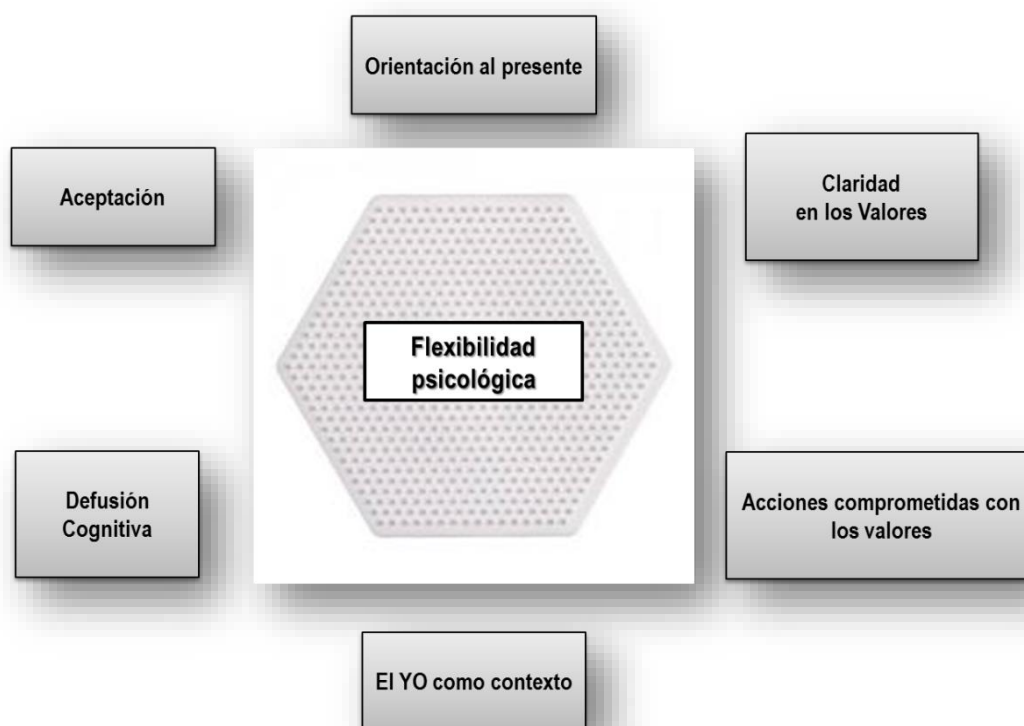
La Terapia de Aceptación y Compromiso plantea un modo de trabajo terapéutico basado en seis procesos básicos, que se trabajan de forma simultánea o transversal. Estos procesos básicos representan distintas manifestaciones de la inflexibilidad psicológica, que está en la base de muchas formas de psicopatología y sufrimiento psicológico. En el

siguiente apartado se describen los procesos básicos necesarios para romper con la inflexibilidad psicológica que propone ACT.

### **3.3.1.1 Procesos básicos de flexibilidad psicológica en la Terapia de Aceptación y compromiso**

Tal y como ya se ha planteado, la Terapia de Aceptación y Compromiso plantea seis procesos terapéuticos cuya potenciación persigue el incremento de la flexibilidad psicológica. Concretamente, estos procesos son; a) la aceptación; b) la defusión cognitiva; c) el yo como contexto; d) el contacto con el momento presente; e) la clarificación de valores personales; y f) la acción comprometida con esos valores (Luoma et al, 2007). Todos estos procesos están basados en dos elementos fundamentales que se trabajan de forma transversal a lo largo de la terapia: la aceptación de eventos internos negativos y el compromiso con los valores personales (Hayes y Strosahl, 2004). A continuación, se describe brevemente la naturaleza de cada uno de los seis procesos implicados en la flexibilidad psicológica. En la Figura 1, pueden observarse tales procesos.

**Figura 3.1.** Hexaflex: heurístico de los procesos de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)



En primer lugar, la aceptación es el proceso inverso de la evitación experiencial (concepto ya desarrollado en el Capítulo 2). Es un proceso que, tal y como señalan Hayes y Strosahl (2004), se caracteriza por tener una disposición activa a aceptar los eventos privados (pensamientos, recuerdos y emociones), sin intención de modificar su contenido o su frecuencia de aparición, especialmente cuando hacerlo puede causar daño psicológico (Hayes,y Strosahl, 2004). Tal y como ya se había señalado anteriormente, la aceptación incondicional de tales eventos internos negativos se realiza en un contexto en el que dicha aceptación resulta necesaria de cara a la consecución de los valores (Flaxman et al., 2011). El proceso de aceptación no es una aportación novedosa de ACT, ya que tiene su origen en escuelas psicoterapéuticas previas, desde Freud hasta las psicoterapias humanistas y experienciales más actuales, como la centrada en la persona, propuesta por Rogers (1951), o la terapia Gestalt o del "darse cuenta" (Perls, Hefferline y Goodman (1951), la cual realizó un importante desarrollo de estrategias terapéuticas para potenciar la aceptación (Hayes y Strosahl, 2004). Asimismo, en la terapia cognitivo-conductual las técnicas de exposición empleadas en los problemas de ansiedad, entre otros, son, en esencia, estrategias de potenciación de la aceptación de sensaciones y emociones aversivas. Los autores sostienen

que tal proceso de aceptación implica una disposición activa hacia los eventos privados sin intención de modificar su contenido o su frecuencia de aparición, especialmente cuando hacerlo puede causar daño psicológico (Hayes y Strosahl, 2004). También cabe recordar el modelo de Foa y Kozak (1986), que señala el papel de la evitación en la sintomatología ansiosa, y más concretamente en el trastorno de estrés postraumático. Estos autores proponen que la evitación de las experiencias emocionales e imágenes mentales asociadas al malestar impide el procesamiento emocional del miedo (Foa y Kozak, 1986; Foa et al., 2006). Así, señalan que la exposición a estímulos internos (significado del estímulo) y externos del estímulo temido es necesaria para llevar a cabo una exitosa habituación y extinción al estímulo fóbico (Foa y Kozak, 1986). En esta misma línea, también cabe recordar el planteamiento de Baker (2001) en el procesamiento emocional. Este autor plantea la evitación como una estrategia desadaptativa que tiene lugar durante el procesamiento de la emoción generada a partir de un evento vital (Baker, 2007) y que supone para la persona bloquear (por no exponerse a la emoción) su procesamiento de forma saludable

En segundo lugar, la defusión cognitiva tiene como objetivo fundamental cambiar la función del pensamiento, enseñando a la persona a salirse del contexto de la literalidad del mismo, distanciándose de éste y viéndolo como "mero pensamiento". Así pues, se trata de cambiar el contexto funcional del pensamiento o lenguaje "interno", modificando las funciones desadaptativas que ha ido adquiriendo a través del aprendizaje relacional (Hayes y Strosahl, 2004). El proceso a través del cual se logra la defusión está orientado a que la persona tome distancia entre ella misma y sus eventos negativos internos, tratando de no seguirlos de modo automático, fomentando la reflexión sobre ellos y buscando los comportamientos acordes a los valores y objetivos de la persona (Luoma y Hayes, 2003). Según explica Blackledge (2007), las técnicas empleadas para desactivar las funciones del lenguaje pretenden entrenar a la persona en la capacidad de tratar a los pensamientos como pensamientos, rompiendo con las asociaciones (relaciones de equivalencia) creadas con su propio contenido. Los efectos positivos de la defusión cognitiva han sido señalados por diversos autores en el marco de la Terapia de Aceptación y Compromiso en estudios tanto correlacionales (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma y Guerrero, 2004; Healy et al., 2006; Masuda, Hayes, Sackett y Twohig, 2004) como experimentales (Hayes, 2011).

Otro de los procesos para alcanzar la flexibilidad psicológica es la potenciación del "yo como contexto", que se concibe como la alternativa al predominio del "yo como concepto o contenido". Hayes et al. (1999; Barnes-Holmes, Hayes y Diamond, 2001) diferenciaron las

dimensiones del yo que adquiere la persona a lo largo de su vida. El yo contenido es el referido a las autodescripciones de la persona, esto es, a sus contenidos autorreferentes y la valoración de éstos, habitualmente asociada a marcos relacionales tales como el de comparación: (por ej., "soy más fea de lo normal"). El yo contexto, por el contrario, hace referencia a la perspectiva desde la que se experimentan los procesos cognitivos y emocionales y su contenido, esto es al yo que "observa", y a la toma de conciencia de lo que uno piensa (por ej., "tengo el pensamiento de que soy fea o de que estoy triste") o siente (por ej., "estoy sintiendo miedo"). El objetivo de la potenciación de este yo como contexto es facilitar a la persona la experiencia de darse cuenta de que uno mismo no es simplemente lo que piensa o siente, sino, más bien, el escenario o contexto en el que esos procesos cognitivos y afectivos tienen lugar: la persona no es "una persona fea" sino una persona que "piensa" que es fea, pero es mucho más que ese pensamiento. El yo contexto es una forma de "defusionarse" de los pensamientos, sentimientos o adjetivos autorreferentes. La intervención en este proceso está dirigida a adquirir un nuevo sentido del propio yo, mucho más amplio y que favorece la percepción de integridad, continuidad y estabilidad de la propia identidad de la persona. Hayes y Stroschal (2004) plantean que esta capacidad de la persona a verse a sí misma desde otra perspectiva favorece el desarrollo de una actitud que facilita la aceptación de eventos privados aversivos (Hayes y Stroschal, 2004).

En cuarto lugar, la orientación al presente (vs. orientación al pasado/futuro) es otro de los procesos terapéuticos planteados en la Terapia de Aceptación y Compromiso y tiene por objetivo ayudar a la persona a contactar con las experiencias que está teniendo en el momento presente, en el aquí y el ahora. Tal y como proponen Hayes y Wilson (2003), es un proceso a través del cual se fomenta el contacto y aceptación plena ("mindfulness") de las contingencias del aquí y el ahora, como alternativa al control cognitivo y la valoración crítica inherentes a los procesos de proyección en el tiempo, bien hacia un pasado añorado o generador de tristeza u otras emociones negativas o hacia un futuro temido percibido como amenazante o aversivo. Gran parte del sufrimiento psicológico y la psicopatología se asocia con la tendencia de las personas a volver la vista al pasado, "atascarse" en él o proyectarse hacia un futuro temido. Esto ocurre, por ejemplo, cuando una persona se "fusiona" con sus recuerdos (por ejemplo, de un ser querido fallecido), intentando racionalizar o buscar explicación del comportamiento mantenido en aquellas circunstancias (por ej., "no debí dejarlo que fuese a aquella reunión") o de los acontecimientos ocurridos (por ej., "¿por qué me pasó esto a mí?"), lo que las hace mantener un nivel de activación emocional aversiva elevado ante estos pensamientos (por ej., estados de ansiedad o depresión). Como alternativa a estas tendencias, ACT propone los beneficios de que las personas tomen

contacto con el presente, con lo que ocurre en el aquí y el ahora (Luoma, Hayes y Walser, 2007), ya que es lo única experiencia vivencial real. La potenciación de la atención plena al momento presente se consigue entrenando a la persona a usar un lenguaje "interior" (pensamiento) descriptivo y no valorativo de lo que piensa y siente en el momento presente, eliminando los juicios y los intentos de modificación, evitación o control de sus experiencias, esto es, "dejándolas estar", y aumentando su atención a y su conciencia de las sensaciones, pensamientos y emociones que experimenta en cada momento (Baer, 2003; Brown, y Ryan, 2003).

En quinto lugar, se quiere subrayar la centralidad del proceso de clarificación de valores personales en la Terapia de Aceptación y Compromiso. Tal y como los describen Luoma, Hayes y Walser (2007), los valores son propósitos de acción elegidos que tienen como propósito guiar a las personas en las direcciones que tienen un sentido o significado importante para ellas, y que pueden ser fomentadas momento a momento. Flaxman et al. (2011) consideran los valores como una variable proceso y no resultado. Un primer paso indispensable para potenciar una vida coherente con los propios valores es la clarificación de los mismos, distinguiéndolos claramente de las reglas verbales que acompañan a la metas en numerosas ocasiones (por ej., los "deberías"). El procedimiento terapéutico en relación con este proceso es ayudar a la persona a clarificar cuáles son las direcciones valiosas en su vida, esto es, sus valores, que son, por definición, inalcanzables, ya que la persona siempre puede estar en camino hacia ellos. En este sentido, es importante diferenciar los valores de las metas, siendo las metas estados deseados específicos, que pueden alcanzarse y que estarían al servicio de los valores (Páez, Gutierrez, Valdivia y Luciano, 2006), siendo completamente operativizables (objetivos y conductas concretas).

Finalmente, el último de los procesos psicológicos cuya potenciación se propone desde la Terapia de Aceptación y Compromiso es la implicación de la persona en acciones comprometidas con sus valores personales, como alternativa a la falta de consistencia o desconexión entre su conducta y sus direcciones valiosas. Este proceso se aborda una vez que se hayan establecidos los valores de cada persona, e implica la operativización de tales valores en acciones y conductas que la persona planifica de cara a avanzar en la dirección marcada por los mismos (Flaxman, 2011). El elemento esencial en este proceso es que la persona tome responsabilidad sobre sus acciones, lo que implica persistencia y habilidades para llevarlas a cabo que, en el caso de estar ausentes o ser deficitarias, deberían ser entrenadas (Luoma, Hayes y Walser, 2007).



Una vez descritos estos 6 procesos de flexibilidad psicológica cuya potenciación constituye la propuesta terapéutica de la Terapia de Aceptación y Compromiso, es interesante comprobar que todos ellos pueden agruparse, tal y como proponen Hayes et al. (2006), en dos conjuntos: a) procesos de compromiso y cambio conductual, que incluyen los procesos de contacto con el presente, la clarificación de los valores y la potenciación de las acciones comprometidas; y b) los procesos de aceptación y atención plena (mindfulness), que incluyen la potenciación de la aceptación, la defusión cognitiva y el yo como contexto. En cualquier caso, es evidente que los 6 procesos se encuentran íntimamente relacionados entre sí.

### **3.3.2. Eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento de la sintomatología depresiva**

Sin duda, la Terapia de Aceptación y Compromiso ha desencadenado un creciente interés por parte de la comunidad científica en el ámbito de la intervención clínica (Hayes et al., 2006; Hoffman Sawyer y Fang, 2010; Ost, 2008). Si bien gran parte del interés recibido en el ámbito clínico ha sido por parte de los terapeutas interesados en los problemas de ansiedad (Hayes, Orsillo y Roemer, 2010; Roemer y Orsillo, 2007), la eficacia de ACT también ha sido evidenciada en otros problemas psicológicos, como la depresión (Zettle y Hayes, 1986), la sintomatología psicótica (Bach y Hayes, 2002), el trastorno límite de la personalidad (Gaudiano y Herbert, 2006), el tratamiento de las adicciones (Hayes et al., 2004; Hayes, 2007) o el dolor crónico (MacCracken y Gutierrez-Martínez, 2011). Así, en la revisión llevada a cabo por Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis (2006) de los trabajos de intervención realizados desde la perspectiva de la Terapia de Aceptación y Compromiso se hizo evidente la efectividad de ACT en una gran variedad de problemas, desde los más graves (por ej., psicosis) hasta problemas más cotidianos (por ej., estrés laboral). Tales intervenciones presentan adecuados tamaños del efecto, tanto en las evaluaciones post-intervención, como en las evaluaciones de seguimiento. Además, los estudios muestran una gran variabilidad de colectivos, zonas geográficas, etnias o clases sociales con quienes se ha comprobado la eficacia de ACT (Hayes et al., 2006).

De forma más específica, y por lo que respecta al propósito de este trabajo, cabe destacar algunos trabajos dirigidos al análisis de la eficacia de los efectos de Terapia de Aceptación y Compromiso sobre la sintomatología depresiva. En este sentido, uno de los

estudios más relevantes realizado fue el estudio llevado a cabo por Zettle y Hayes (1986) en el que, de forma longitudinal, comparaban dos tipos de terapias para la depresión: ACT y Terapia Cognitiva de Beck (1967). Los resultados de dicho estudio avalan la eficacia de ACT, reflejando que las personas que participaron en la condición ACT mostraron niveles inferiores de depresión en sus puntuaciones post-intervención y seguimiento, en comparación con las puntuaciones iniciales y con respecto al grupo control (Zettle et al., 2011; Zettle y Rains, 1989; Zettle, y Hayes, 1986). Bohlmeijer, Fledderus, Rokx y Pieterse (2011), obtuvieron resultados que respaldan igualmente la eficacia de ACT, puesto que encontraron una reducción significativa de síntomas depresivos en un grupo de personas deprimidas que recibió intervención ACT, frente a un grupo control en formato de lista de espera.

Fledderus, Bohlmeijer, Pieterse y Schreurs (2011) llevaron a cabo un programa de intervención de mínimo contacto terapéutico en el que una muestra de personas con niveles intermedios de sintomatología depresiva (puntuación en CES-D  $\geq 10$  y  $\leq 39$ ) fue aleatorizada, siendo las personas asignadas a uno de tres grupos de intervención distintos, de los que dos eran grupos experimentales en los que se aplicaba una intervención psicológica desde la perspectiva de ACT a través de un manual de auto-guía. La diferencia entre estos dos grupos experimentales era que, en uno de ellos, las personas recibían mínimo apoyo o consejo a través de correo electrónico, por parte de estudiantes de Master de Psicología, supervisados por psicólogos clínicos. El segundo grupo experimental recibía mayor apoyo, también por vía electrónica. El grupo control estaba basado en el formato de lista de espera. Los resultados mostraron que ambos grupos experimentales, sin presentarse diferencias significativas entre ambos, mostraron una reducción de los síntomas depresivos, tanto en la evaluación post-intervención como en las evaluaciones de seguimiento, así como mayores puntuaciones en las variables de salud mental positiva tras la intervención. Estos resultados no se encontraron, sin embargo, en el grupo control (Fledderus et al., 2011).

Siguiendo con la revisión de la eficacia y potencial utilidad de ACT para la depresión, algunos autores han planteado cómo la evitación experiencial o el intento de control de las experiencias dolorosas como la tristeza o el estado de ánimo negativo, habituales en este trastorno emocional, puede no sólo alejar a las personas de sus intentos en perseguir los valores y metas establecidos, sino, además, llegar a incrementar sus niveles de malestar emocional (Campbell-Sills, Barlow, Brown y Hofmann, 2006; Orsillo, Roemer y Barlow, 2003). Así, por ejemplo, la persona que evita el dolor de una pérdida no es capaz de

exponerse a las emociones más nucleares de la pérdida, tales como la desesperación o la tristeza profunda originadas por la aceptación de la ausencia definitiva de su ser querido. Por el contrario, se expone a la información más objetiva de la pérdida, por ejemplo, cómo sucedieron los hechos, que cosas solían hacer juntos, cómo podría ser su vida si la persona continuase viva, etc. En términos de ACT, la persona tiene una escasa conciencia del momento presente, ya que están fusionadas con los recuerdos del pasado o con las inquietudes de cómo será su vida en el futuro, sin lograr centrarse en que la pérdida está sufriendose en este momento, evitando experiencialmente, por tanto, las emociones más profundas y nucleares de lo que implica aquí y ahora la pérdida.

La idea de que la evitación experiencial es un proceso implicado de forma central en el mantenimiento de estados depresivos constituye uno de pilares fundamentales de la investigación que se lleva a cabo en este trabajo, en el que se pretende contrastar la hipótesis de que ACT es un enfoque terapéutico útil para fomentar el bienestar psicológico en las personas mayores que presentan sintomatología depresiva elevada relacionada con un duelo complicado tras pérdidas afectivas significativas.

### **3.3.3. La Terapia de Aceptación y Compromiso con personas mayores**

En relación con la intervención psicológica, cabe destacar que la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 2011) se está mostrando, cada vez con mayor claridad, como un marco terapéutico con un gran potencial para trabajar con personas mayores, precisamente por su énfasis en la aceptación de cambios inevitables y en el mantenimiento del compromiso con valores y metas significativas que dan sentido a la vida (Márquez-González, 2010).

De forma específica, ACT considera, al igual que lo hacen algunos de los modelos de envejecimiento ya señalados en el capítulo 1, la importancia fundamental que tienen las metas y valores en las personas. Numerosos autores enmarcados en el estudio de la personalidad plantean las metas como un elemento esencial para las personas, por ser lo que les da sentido y definición (por ej., Baumeister, 1989; Scheier y Carver, 2001). Una de las razones concretas por las que resulta especialmente interesante el trabajo con población mayor a través de ACT, es precisamente por su diferenciación entre metas y valores. Puesto

que este grupo de población está expuesto a mayor número de eventos vitales que provocan cambios irremediables en la vida de las personas, resulta de gran interés la perspectiva de ACT, ya que plantea que, si bien los eventos vitales negativos plantean, en muchas ocasiones, la conveniencia de reestructurar y flexibilizar las metas y objetivos vitales, e incluso abandonar algunos de ellos cuando ya no son realistas, los valores y direcciones valiosas de la persona pueden (y deben, desde un punto de vista terapéutico) seguir activos y dando sentido y dirección a sus vidas.

Varios autores están mostrando cómo la perspectiva clínica de intervención psicológica de ACT encaja muy bien con la perspectiva del Ciclo Vital (Baltes y Baltes, 1990) revisada en el capítulo 1 (Alonso, López, Losada y González, 2013; Márquez-González et al., 2013; Petkus y Wetherell, 2013). De acuerdo con el modelo SOC (Baltes, 1999), la dinámica de cambios y el balance de pérdidas y ganancias a lo largo del ciclo vital (Baltes, 1997) requiere de una adaptación por parte de los individuos a las nuevas situaciones, renunciando a las metas que ya no son realistas y estableciendo nuevas metas, lo cual se acerca, precisamente, y como ya se ha venido señalando, a uno de los objetivos más importantes de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999): potenciar el compromiso de la persona con sus valores y metas personales. ACT propone la aceptación psicológica de eventos negativos (emociones y pensamientos dolorosos asociados a situaciones difíciles) como un requisito necesario para seguir caminando en dirección de los valores personales, que es lo que asegura el sentido y significado en la vida y, por tanto, el bienestar psicológico. El intento de control, eliminación y/o evitación de las experiencias internas desagradables o incómodas puede actuar, en muchas ocasiones, más que como una solución, como un importante obstáculo para la activación conductual en el marco de los valores personales y, por tanto, para la obtención de refuerzos importantes para la persona, incrementando, por tanto su riesgo de desarrollar depresión (Isaacowitz y Seligman, 2002).

Por otro lado, se ha sugerido que ACT podría ser una terapia mejor aceptada o acogida por las personas mayores, lo que podría favorecer la adherencia al tratamiento desde este enfoque (Petkus y Wetherell, 2013). Concretamente, se ha encontrado una menor tasa de abandonos en ACT frente a la terapia cognitivo-conductual (TCC) en personas mayores (Wetherell et al., 2011). Petkus y Wetherell (2013) sugieren que ACT es especialmente útil para las personas mayores, entre otras razones, por estar basada fundamentalmente en la identificación y abordaje del trastorno de evitación experiencial, planteando que este constructo facilita la evaluación y el tratamiento de distintos trastornos (por ej.,

sintomatología depresiva y/o ansiedad) difíciles de distinguir especialmente en personas mayores, población en la que, en numerosas ocasiones, se presenta de forma simultánea sintomatología propia de distintos problemas psicológicos (por ej., sintomatología depresiva y/o ansiedad). Avalando la relevancia de la evitación experiencial y su tendencia inversa, esto es, la aceptación, en el bienestar psicológico de las personas mayores, algunos estudios indican que las personas mayores más satisfechas con sus vidas son las que presentan una mayor aceptación psicológica de los cambios asociados al envejecimiento (Butler et al., 2007). De este modo, y puesto que la Terapia de Aceptación y Compromiso tiene como uno de sus objetivos centrales potenciar en las personas su capacidad para aceptar las situaciones y cambios vitales que no pueden modificarse, habituales en la vejez, de forma que les permita seguir activos y comprometidos con sus valores iniciales, nuevamente se constata la especial idoneidad de esta terapia para la intervención psicológica con las personas mayores. Esta idea es ampliamente discutida por Petkus y Wetherell (2013).

Por otro lado, y también como algo relevante en el contexto de este trabajo, cabe destacar que la investigación en regulación emocional en personas mayores también proporciona apoyo empírico que apoya la conveniencia de utilizar ACT con mayores (Petkus y Wetherell, 2013). Tal y como se revisó en el capítulo 2, diferentes estudios aportan datos que sugieren que, aunque exista un declive en algunas áreas cognitivas, algunas habilidades relacionadas con la capacidad para regular las emociones de forma efectiva podrían mejorar con la edad (Carstensen, Pasupathi, Mayir y Nesselroade, 2000; Hay y Diehl, 2011; Mather, 2012; Scheibe y Carstensen, 2010), por lo que tales estrategias son un elemento esencial para adaptarse a las nuevas situaciones que generan los eventos vitales en la población mayor, ya que pueden actuar mecanismos de compensación para los declives que están asociados a la vejez.

Finalmente, cabe señalar, tal y como han propuesto Petkus y Wetherell (2013), que son extremadamente escasos todavía los estudios empíricos que proporcionen evidencia a favor de la eficacia de las intervenciones basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso en personas mayores. Sin embargo, los estudios realizados muestran la eficacia e idoneidad de este enfoque en trastornos como el dolor crónico (Alonso et al., 2013; Lunde et al., 2009), la ansiedad generalizada (Roemer, et al., 2005; Wetherell et al., 2011), la depresión (Petkus y Wetherell, 2013) o el cuidado de personas mayores con demencia (Márquez-González, Romero-Moreno y Losada, 2010).

De lo planteado hasta el momento se desprende que la Terapia de Aceptación y Compromiso presenta dos elementos fundamentales: 1) el protagonismo que adquiere la clarificación de los valores de la persona y la búsqueda de coherencia y consistencia con ellos a través de acciones comprometidas que les permitan alcanzar sus metas; y 2) el proceso de aceptación incondicional de emociones, pensamientos y/o recuerdos desagradables difíciles o imposibles de modificar de forma directa y que forman parte inevitable del proceso de caminar en la dirección hacia los valores personales. Estos dos elementos son, precisamente, ingredientes esenciales en la intervención psicológica con personas mayores. Así, por un lado, estas personas han experimentado y experimentan numerosos eventos vitales que les imponen limitaciones importantes para conseguir sus metas y propósitos (por ej., viajes planeados, roles desempeñados) y que, por tanto, les imponen la necesidad de cambiar o ajustar dichas metas. Por otro lado, tales sucesos vitales, en la mayor parte de las ocasiones, suponen pérdidas inmodificables que generan una serie de emociones negativas y experiencias dolorosas especialmente difíciles de manejar por la persona, quien, sin embargo, ha de aceptar necesariamente tales experiencias negativas de cara a adaptarse a los cambios y poder seguir manteniendo un proyecto de vida que le aporte sentido y significado. Dada la relevancia que estas cuestiones presentan para la presente tesis doctoral, a continuación se describe con mayor detenimiento el potencial papel de ACT como herramienta para potenciar específicamente el proceso de aceptación de y adaptación a las pérdidas afectivas.

### **3.3.4. Terapia de Aceptación y Compromiso en el proceso aceptación de las pérdidas afectivas**

Como se ha ido sugiriendo a lo largo de este trabajo, el malestar emocional asociado a la pérdida de un ser querido puede mantenerse y prolongarse en el tiempo, aun habiendo pasado años tras la pérdida, en gran medida debido a los recuerdos del evento y/o la persona perdida que, en muchas ocasiones, se convierten en pensamientos rumiativos que mantienen o fomentan el malestar emocional. Como ha sido sugerido por algunos autores (Boelen et al., 2003; Nolen-Hoeksema, 2001; Stroebe et al., 2007) el pensamiento rumiativo referido a los recuerdos de la persona fallecida y otros aspectos relacionados con su pérdida puede ser considerados como una manifestación de evitación experiencial, que imposibilita la adaptación y aceptación de tal evento. De este modo, el mantenimiento de un nivel

elevado de pensamiento rumiativo asociado a la pérdida afectiva podría representar el extremo de una mala adaptación a la pérdida (Boelen et al., 2006b; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Nolen-Hoeksema, 2001; Shear et al., 2007).

Tal y como ya se ha señalado previamente, la evitación experiencial se muestra como una estrategia muy perjudicial en la vejez y, más concretamente, en el contexto de la adaptación a las nuevas situaciones vitales (por ej., el fallecimiento del cónyuge) a las que se enfrenta este grupo de población, además de presentar efectos negativos sobre su salud (Andrew y Dublin, 2007). Además, Dulin y Passmore (2010) han señalado la evitación de experiencias internas negativas como un potencial mediador en la asociación entre exposición al trauma y el incremento de estrés en la vejez (Dulin y Passmore, 2010). En el estudio de caso llevado a cabo por Luciano y Cabello (2001), estos autores subrayan la idea de que el duelo complicado podría considerarse como una forma de no aceptación psicológica y, por tanto, una forma de evitación experiencial.

Llegados a este punto, se plantea que, dado el grado de malestar que los pensamientos rumiativos generan en la persona y, especialmente, el bloqueo que la evitación experiencial implicada en el duelo complicado suele producir en relación con las metas y valores de las personas y con la activación conductual y la obtención de refuerzos en otras áreas psicológicas (crecimiento personal, dominio del entorno, propósito en la vida, etc.) o sociales (tiempo de ocio, red social...), resulta de gran interés clínico plantearse la cuestión de qué herramientas serían necesarias para potenciar en las personas una aceptación de las experiencias (recuerdos, pensamientos y emociones) asociadas a las pérdidas que, siendo irrevocables, continúan, sin embargo, con el paso del tiempo, afectando a la persona y contribuyendo al desarrollo y mantenimiento de sintomatología depresiva o episodios de ansiedad.

Como se viene defendiendo a lo largo del presente capítulo, la Terapia de Aceptación y Compromiso se presenta como una aproximación terapéutica que podría resultar de especial utilidad para la intervención psicológica con las personas mayores (Petkus y Wetherell, 2013). Precisamente, este tipo de terapia podría resultar idónea para fomentar la aceptación de las pérdidas asociadas al envejecimiento y el compromiso con nuevas metas y/o valores que continúen dando un sentido y dirección a la vida de las personas. Así, las herramientas terapéuticas de ACT resultan de especial utilidad para facilitar en las personas el adecuado ajuste flexible de las metas y valores personales que es necesario para adaptarse a los cambios del envejecimiento. En este sentido, la estrategia terapéutica

implicaría, entre otros aspectos, ayudar a la persona a descubrir e involucrarse en nuevas metas y acciones comprometidas con los valores elegidos con anterioridad a la pérdida o clarificar nuevas áreas de valor que antes no contemplaban o que habían abandonado en el pasado por diversas razones (por ej., viajar, participar en actividades culturales). Este ajuste de metas y valores favorecería el bienestar psicológico entendido desde el punto de vista eudamónico (modelo de bienestar psicológico de Ryff, 1989), esto es, el sentido vital, el crecimiento personal o el propósito en la vida, aspectos que frecuentemente se ven afectados en gran medida en las etapas de la vejez (Ryff, 1989; Villar et al., 2003). De este modo, los objetivos fundamentales de ACT serían objetivos perfectamente apropiados para las intervenciones dirigidas a la adaptación de las pérdidas (no aceptadas).

Si bien parece justificada la idoneidad de la Terapia de Aceptación y Compromiso como herramienta terapéutica para potenciar la aceptación de las pérdidas afectivas tras las que la persona ha desarrollado un duelo complicado, resulta innegable la escasez de programas dirigidos específicamente a la aceptación y afrontamiento de los pensamientos, emociones y recuerdos negativos (rumiaciones) asociados a la pérdida de seres queridos en tiempos pasados y mantenidos en el tiempo, más aún en la población mayor. Hasta donde sabemos, sólo existe un estudio de caso único publicado basado en ACT, el llevado a cabo por Luciano y Cabello (2001) con un caso de una persona en duelo en la que la evitación experiencial de los sentimientos y recuerdos sobre el ser querido se consideraban como el problema psicológico que imposibilitaba que el cliente continuara con su vida, en dirección a sus otras áreas de valor.

Ante el panorama recién descrito, en el presente trabajo se planteó el desarrollo de una intervención basada en ACT para personas que han sufrido la pérdida de un ser querido hace más de un año y que, aún hoy, presentan un malestar asociado importante, generando además, interferencia en su vida cotidiana.

### 3.4. Síntesis

---

A lo largo del capítulo se ha puesto énfasis en la importancia de los sucesos vitales a través de un elemento específico y muy presente en el envejecimiento, el concepto de pérdida, definida por Harvey y Weber (1998) como cualquier daño en los recursos personales, materiales o simbólicos con los que las personas establecen un vínculo emocional. Fiske et al. (2003) han señalado cómo los síntomas depresivos en las personas



mayores se incrementen al experimentar sucesos vitales propios de la vejez y caracterizados por pérdidas asociadas al propio proceso de envejecimiento (Fiske et al., 2003). Por tanto, en este capítulo se ha subrayado la importancia de analizar y describir el proceso de duelo en las personas mayores así como la importancia de considerar el proceso de duelo, incluso habiendo pasado el tiempo considerado “normal” para su resolución.

Cabe destacar, además, que el duelo conlleva la pérdida total e irreversible de una persona. Además, como elemento de análisis fundamental de este trabajo, cabe subrayar que la pérdida de un ser querido altera profundamente muchas áreas de valor fundamentales para las personas. Tal y como manifiestan Neymeyer et al. (2009), el proceso de duelo es, en sí mismo, un proceso de reconstrucción de significado del mundo de la persona, que ha sido alterado y modificado tras sufrir la pérdida. Por su parte, el proceso de duelo presenta también efectos negativos sobre la salud física y psicológica de las personas, asociándose con un incremento del riesgo de mortalidad, sobre todo en las primeras semanas y meses después de la pérdida (Stroebe et al., 2007).

Por lo que respecta a otro de los elementos de análisis de esta tesis doctoral, la regulación de emociones, se ha constatado el papel de los mecanismos de regulación emocional implicados en el proceso de duelo, si bien el foco de interés principal ha estado en las estrategias ya mencionadas en capítulos anteriores, la rumiación y la evitación experiencial. Como ha sido sugerido por algunos autores (Boelen et al., 2003; Stroebe et al., 2007; Nolen-Hoeksema, 2001) el pensamiento rumiativo referido a los recuerdos de la persona fallecida y otros aspectos relacionados con su pérdida puede ser considerado como una manifestación de evitación experiencial, que imposibilita la adaptación y aceptación de tal evento. De este modo, el mantenimiento de un nivel elevado de pensamiento rumiativo asociado a la pérdida afectiva podría representar el extremo de una mala adaptación a la pérdida (Boelen et al., 2006b; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Nolen-Hoeksema, 2001; Shear et al., 2007).

De forma específica, los trabajos de intervención psicológica en el proceso de duelo han sido definidos a lo largo de la investigación clínica como un proceso cognitivo-emocional que implica la confrontación con los pensamientos recurrentes acerca de la persona fallecida, la experiencia de la pérdida y los cambios que se producen en la vida de la persona que permanece (Bowlby, 1980; Lindemann, 1944; Stroebe, 1992; Wortman y Siven, 1985).

Por su parte, se ha señalado que un tipo de intervención específica que podría encajar perfectamente en la adaptación a las pérdidas afectivas es la Terapia de Aceptación y Compromiso. El objetivo central de esta terapia es que la persona adquiera mayor flexibilidad psicológica a través de procesos de aceptación de los eventos internos negativos y/o desagradables (emociones, recuerdos o pensamientos). Esta actitud de aceptación sería la alternativa a la evitación experiencial. Por tanto, el núcleo terapéutico de ACT está compuesto por dos procesos centrales: la aceptación de eventos privados aversivos y el compromiso con los valores personales (Hayes y Strosahl, 2004). A su vez, esta aceptación está al servicio de la posibilidad de vivir la vida que la persona quiere vivir; esto es, una vida comprometida con sus propios valores personales, reflejada en comportamientos que la permitan avanzar en la dirección de dichos valores (Wilson y Luciano, 2002). Por tanto, este tipo de terapia podría resultar idónea para fomentar la aceptación de las pérdidas asociadas al envejecimiento y el compromiso con nuevas metas y/o valores que continúen dando un sentido y dirección a la vida de las personas

En el cuadro 3 se presentan las principales conclusiones de este capítulo.

### **Cuadro 3. Conclusiones capítulo 3**

#### **Conclusiones de este capítulo**

El proceso de duelo normal ante pérdidas afectivas puede llegar a convertirse en un proceso de duelo complicado, que implica el mantenimiento de niveles elevados de malestar emocional (fundamentalmente, síntomas depresivos) mantenidos en el tiempo, y se relaciona con una falta de aceptación de la pérdida o de adaptación a la misma.

Tanto la evitación como la rumiación se han señalado como elementos fundamentales en la génesis y mantenimiento del malestar emocional que caracteriza a los procesos de duelo complicado.

Las intervenciones psicológicas más comúnmente utilizadas en el trabajo terapéutico del duelo han estado fundamentadas en gran medida en el paradigma cognitivo-conductual, si bien no hay suficientes estudios que avalen la eficacia de tales intervenciones de forma concluyente.

La Terapia de Aceptación y Compromiso, cuyo foco de intervención es tanto la aceptación de emociones incómodas o aversivas como la implicación activa en los valores y metas vitales individuales, se propone como una posible intervención eficaz en los casos de duelo complicado, ya que puede ayudar a las personas a incrementar su aceptación de las pérdidas afectivas y a realizar el ajuste flexible de metas y valores necesario para adaptarse a los cambios implicados en dichas pérdidas.

# PARTE EMPÍRICA

---



## **CAPÍTULO 4:**

### **Objetivos e hipótesis**

---



## Introducción

---

Uno de los principales intereses de la presente tesis doctoral es analizar el proceso de adaptación psicológica de las personas mayores a los sucesos vitales. En el primer capítulo se ha analizado en detalle el papel que juegan los sucesos vitales a lo largo de la vida de las personas, especialmente en la vejez. En el segundo capítulo se han desarrollado los mecanismos de regulación emocional que se ponen en marcha para llevar a cabo la adaptación a tales sucesos. Finalmente, en el capítulo tercero se ha pretendido analizar un tipo concreto de suceso vital especialmente frecuente en la población mayor, esto es, las pérdidas afectivas, analizando los efectos que produce en la salud de la persona mayor, para después analizar las estrategias de regulación emocional más frecuentemente empleadas en su adaptación. Finalmente, en el capítulo 3, se incluye una reflexión acerca de la idoneidad de la Terapia de Aceptación y Compromiso como estrategia de intervención específica para facilitar la adaptación de las personas mayores a la pérdida.

Con el fin de avanzar en las temáticas descritas en los capítulos comentados se plantean en este capítulo los objetivos e hipótesis de investigación que se analizarán en los capítulos 5 y 6.

## 4.1. OBJETIVOS

---

### 4.1.1. Objetivo general

El propósito central de la presente tesis doctoral es analizar el impacto psicológico que tienen en la actualidad los sucesos vitales negativos ocurridos a lo largo de la vida, así como el papel que juegan las estrategias de regulación emocional (pensamiento rumiativo y crecimiento personal) asociadas a esos sucesos sobre el bienestar actual de las personas mayores. Así mismo, se pretende explorar la potencial influencia negativa que presenta la utilización de estrategias de regulación emocional desadaptativas más estables (estilo rumiativo y evitación experiencial) en el efecto que los sucesos vitales negativos tienen sobre la sintomatología depresiva y el bienestar psicológico de las personas mayores.

Con el fin de lograr el objetivo señalado, inicialmente se pretende diseñar y validar una escala de evaluación del impacto psicológico actual que tienen los sucesos vitales ocurridos a lo largo de la vida de la persona.

Posteriormente se propondrá un modelo explicativo del bienestar emocional (síntomatología depresiva y bienestar psicológico) explicado a través de la ocurrencia de sucesos vitales negativos (en el pasado) y el empleo de estrategias funcionales y disfuncionales de regulación emocional, tanto específicas de los sucesos vitales, como variables más estables en el individuo. Este modelo servirá de punto de partida para el desarrollo de un programa de intervención piloto que, basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso, tendrá el objetivo de fomentar la aceptación de un tipo concreto de sucesos vitales pasados: las pérdidas afectivas derivadas del fallecimiento del cónyuge u otro familiar cercano.

De cara a conseguir este objetivo general, se realizarán 2 estudios con los objetivos específicos que se presentan a continuación.

## **4.1.2. Objetivos específicos**

### **4.1.2.1. Estudio 1**

1. Elaborar un instrumento que permita evaluar el impacto psicológico que tienen en la actualidad los sucesos vitales ocurridos en el pasado, a través del análisis de dos variables relacionadas con la regulación emocional: el pensamiento rumiativo actual sobre sucesos vitales pasados y el crecimiento personal asociado a tales sucesos.
2. Evaluar la relación entre la ocurrencia de los sucesos vitales adversos experimentados por la persona y su bienestar emocional y psicológico actual.
3. Explorar si las variables de regulación emocional estables (estilo rumiativo y evitación experiencial) y las asociadas a sucesos vitales (pensamiento rumiativo y crecimiento personal) contribuyen significativamente a la explicación de la sintomatología depresiva y el bienestar psicológico.



4. Explorar el papel mediador que ejercen otras variables de regulación emocional estables (estilo rumiativo y evitación experiencial) en la relación entre ocurrencia de sucesos vitales y la sintomatología depresiva y el bienestar psicológico.

5. Evaluar el papel mediador que ejercen las variables de regulación asociadas a los sucesos vitales (pensamiento rumiativo y crecimiento personal) en la relación entre la ocurrencia de sucesos vitales negativos y la sintomatología depresiva y el bienestar psicológico.

6. Explorar la existencia de perfiles psicológicos que, basados en las distintas estrategias de regulación emocional empleadas en el estudio, sugieran la existencia de grupos que se encuentren con mayor vulnerabilidad psicológica para presentar sintomatología depresiva y menores niveles de bienestar psicológico.

7. Proponer y analizar, partiendo de la perspectiva propuesta por los modelos de estrés y afrontamiento, un modelo explicativo del malestar emocional (sintomatología depresiva y bienestar psicológico) asociado a la experiencia de sucesos vitales negativos, en el que se explique el papel que juegan en dicho proceso las variables de regulación emocional. Así, se incluirán las variables: a) sociodemográficas y de salud; b) ocurrencia de sucesos vitales negativos (como variable independiente que genera malestar); c) variables de regulación emocional estables de la persona (como variables mediadoras); d) variables de regulación emocional asociadas específicamente a los sucesos vitales (como variables mediadoras); y e) malestar psicológico (sintomatología depresiva y bienestar psicológico).

#### 4.1.2.2. Estudio 2

El estudio dos tiene por objetivo diseñar un programa de intervención piloto, dirigido a personas con un significativo malestar asociado a una pérdida afectiva, basado en el enfoque de la Terapia de Aceptación y Compromiso. El programa está dirigido a fomentar la aceptación de pérdidas afectivas importantes (fallecimiento del cónyuge o de otro familiar cercano), disminuir la rumiación asociada a tales pérdidas y fomentar la revisión y ajuste flexible de metas y valores de las personas. Los objetivos específicos son:

1. Incrementar la aceptación de emociones, pensamientos y sensaciones desagradables generales y las relacionadas con la pérdida
2. Incrementar la aceptación de la pérdida
3. Disminuir la rumiación asociada a la pérdida
4. Reducir el nivel de malestar asociado al recuerdo del familiar fallecido.
5. Reducir la interferencia del malestar asociado a la pérdida con la vida por falta de motivación.
6. Reducir la interferencia del malestar asociado a la pérdida con la vida por pensamientos rumiativos.
7. Reducir la interferencia con la vida por pérdida de reforzadores.
8. Indirectamente, a partir del cambio en las anteriores dimensiones, se espera que aumente el bienestar psicológico de los participantes en el programa y disminuya su nivel de sintomatología depresiva

## 4.2. HIPÓTESIS

---

La hipótesis fundamental de este trabajo hace referencia a que las estrategias de regulación emocional juegan un papel esencial en el proceso de afrontamiento y aceptación de sucesos vitales importantes ocurridos a lo largo del ciclo vital, contribuyendo por lo tanto de forma significativa a la explicación del bienestar emocional de las personas mayores. Además, se hipotetiza que es posible potenciar el bienestar psicológico de las personas que han experimentado un tipo especial de suceso vital, las pérdidas afectivas, a través de un programa de intervención psicológica dirigido a fomentar la aceptación de tales sucesos y a facilitar la sustitución de estrategias de regulación desadaptativas por otras más funcionales.

A continuación se describen las hipótesis específicas de este trabajo.

### 4.2.1. Estudio 1

#### **Hipótesis 1: estructura factorial de la escala diseñada**

Se hipotetiza que los sucesos evaluados se clasificarán, de acuerdo con la propuesta de Sarason et al. (1978), en sucesos positivos y sucesos negativos. Por lo tanto:

- 1.1. Se espera encontrar que la escala de ocurrencia de sucesos vitales presentará una estructura bidimensional, con una clasificación de eventos en positivos y en negativos.
- 1.2. Se espera encontrar que la escala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales presentará una estructura bidimensional, con una clasificación de eventos en positivos y en negativos.
- 1.3. Se espera encontrar que la escala de crecimiento personal asociado a sucesos vitales presentará una estructura bidimensional, con una clasificación de eventos en positivos y en negativos.

### **Hipótesis 2: validez convergente de la escala**

Se espera encontrar evidencia empírica que avale la validez de constructo de las escalas desarrolladas para evaluar el impacto psicológico de los sucesos vitales. Concretamente, se espera encontrar datos que sustenten su validez convergente, que se hará evidente a través de relaciones estadísticamente significativas de las escalas propuestas de evaluación del impacto psicológico de los sucesos vitales con variables referidas a un constructo muy similar. Concretamente, se espera encontrar que:

- 2.1. La escala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR) se relacionará significativa y positivamente con la escala de estilos de respuesta a la tristeza (Jackson y Nolen-Hoeksema, 1998).
- 2.2. La escala de crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP) se relacionará significativa y positivamente con la subescala de crecimiento de la escala de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989).

### **Hipótesis 3: validez de criterio**

Dada la investigación previa sobre el papel que desempeñan algunas estrategias de regulación emocional en la explicación del bienestar/malestar de las personas (Armstrong, Galligan y Critchley, 2011; Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010; Nolen-Hoeksema, 2001; Hayes, 1999), y habiendo planteado el diseño de dos escalas diferentes para evaluar dos tipos de estrategias de regulación emocional, una adaptativa (crecimiento personal) y otra desadaptativa (pensamiento rumiativo), se hipotetiza que existirá una relación estadísticamente significativa entre las variables siguientes:

- 3.1. Las escalas de ocurrencia de sucesos vitales (positivos y negativos) se mostrarán predictoras de la sintomatología depresiva y del bienestar psicológico.

- 3.2. La escala de ocurrencia de sucesos vitales positivos mostrará relaciones estadísticamente significativas y positivas con las variables de bienestar psicológico y satisfacción con la vida. Además mostrará relaciones estadísticamente significativas y negativas con sintomatología depresiva y ansiedad.
- 3.3. La escala de ocurrencia de sucesos vitales negativos mostrará relaciones estadísticamente significativas y negativas con las variables de bienestar psicológico, satisfacción con la vida. Además mostrará relaciones estadísticamente significativas y positivas con sintomatología depresiva y ansiedad.
- 3.4. El pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR) se relacionará de forma estadísticamente significativa y positiva con la sintomatología depresiva, ansiedad y con la evitación experiencial. Además se relacionará de forma estadísticamente significativa y negativa con el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida.
- 3.5. El pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR) se mostrará como variable predictora significativa de la sintomatología depresiva y del bienestar psicológico.
- 3.6. El crecimiento personal asociado a los sucesos vitales (EPR) se relacionará de forma estadísticamente significativa y negativa con la sintomatología depresiva, ansiedad, con el estilo rumiativo y con la evitación experiencial. Además se relacionará de forma estadísticamente significativa y positiva con el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida.
- 3.7. El crecimiento personal asociado a los sucesos vitales (ECP) se mostrará como variable predictora significativa de la sintomatología depresiva y del bienestar psicológico

#### **Hipótesis 4: relación con variables de salud**

Se espera encontrar que las variables de regulación emocional ante sucesos vitales se relacionen de forma estadísticamente significativa con las variables de salud:

- 4.1. La escala de ocurrencia de sucesos vitales positivos (EO+) se relacionará de forma estadísticamente significativa y positiva con la vitalidad y la función física.
- 4.2. La escala de ocurrencia de sucesos vitales negativos (EO-) se relacionará de forma estadísticamente significativa y negativa con la vitalidad y la función física.

- 4.3. El pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR) se relacionará de forma estadísticamente significativa y negativa con la vitalidad y la función física.
- 4.4. El crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP) se relacionará de forma estadísticamente significativa y positiva con la vitalidad y la función física.

#### **Hipótesis 5: análisis de perfiles psicológicos**

Se espera encontrar un perfil de personas que presenten peor estado emocional (mayores puntuaciones en sintomatología depresiva y menores niveles en bienestar psicológico) en presencia de altos niveles de regulación emocional desadaptativa (evitación experiencial, estilo rumiativo y pensamiento rumiativo) y bajos niveles de regulación emocional adaptativa (crecimiento personal sobre sucesos vitales).

#### **Hipótesis 6: Predicción del malestar psicológico**

Se proponen dos modelos explicativos del malestar emocional, uno para la explicación de la depresión, y otro para la explicación del bienestar psicológico, controlando las variables de sexo, años de educación y función física. Con base en estos modelos, se hipotetiza lo siguiente:

- 6.1. Las variables de ocurrencia de sucesos vitales serán un predictor de la sintomatología depresiva.
- 6.2. Las variables de ocurrencia de sucesos vitales serán un predictor del bienestar psicológico.
- 6.3. Las variables de regulación emocional estables (evitación experiencial y estilo rumiativo) contribuirán de forma estadísticamente significativa a la explicación de la varianza de la sintomatología depresiva.
- 6.4. Las variables de regulación emocional estables (evitación experiencial y estilo rumiativo) contribuirán de forma estadísticamente significativa a la explicación de la varianza del bienestar psicológico.
- 6.5. El pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales contribuirá de forma estadísticamente significativa a la explicación de la varianza para la sintomatología depresiva, habiendo controlado previamente los efectos de las variables estables de regulación emocional (evitación experiencial y estilo rumiativo).
- 6.6. El pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales contribuirá de forma estadísticamente significativa a la explicación de la varianza para el bienestar

psicológico, habiendo controlado previamente los efectos de las variables estables de regulación emocional (evitación experiencial y estilo rumiativo).

- 6.7. El crecimiento personal asociado a sucesos vitales contribuirá de forma estadísticamente significativa a la explicación de la varianza para la sintomatología depresiva, habiendo controlado previamente los efectos de las variables estables de regulación emocional (evitación experiencial y estilo rumiativo) y el pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales.
- 6.8. El pensamiento rumiativo asociado a sucesos vitales contribuirá de forma estadísticamente significativa a la explicación de la varianza para el bienestar psicológico, habiendo controlado previamente los efectos de las variables estables de regulación emocional (evitación experiencial y estilo rumiativo) y el pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales.

### **Hipótesis 7: Análisis de los mecanismos de mediación entre las variables estudiadas**

Las variables de regulación emocional ejercerán un papel mediador entre la ocurrencia de sucesos vitales y el malestar emocional (sintomatología depresiva y bienestar psicológico). Al incorporar cada una de las variables de regulación emocional la ocurrencia de sucesos vitales dejará de ser un predictor de la sintomatología depresiva y el bienestar psicológico. Concretamente:

- 7.1. El pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales mediará la ocurrencia de sucesos vitales positivos y la sintomatología depresiva.
- 7.2. El pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales mediará la ocurrencia de sucesos vitales negativos y la sintomatología depresiva.
- 7.3. El pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales mediará la ocurrencia de sucesos vitales positivos y el bienestar psicológico.
- 7.4. El pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales mediará la ocurrencia de sucesos vitales negativos y el bienestar psicológico.
- 7.5. El crecimiento personal asociado a sucesos vitales mediará la ocurrencia de sucesos vitales positivos y la sintomatología depresiva.
- 7.6. El crecimiento personal asociado a los sucesos vitales mediará la ocurrencia de sucesos vitales negativos y la sintomatología depresiva.
- 7.7. El crecimiento personal asociado a los sucesos vitales mediará la ocurrencia de sucesos vitales positivos y el bienestar psicológico.
- 7.8. crecimiento personal asociado a los sucesos vitales mediará la ocurrencia de sucesos vitales negativos y el bienestar psicológico.

- 7.9. La evitación experiencial mediará entre la ocurrencia de los sucesos vitales negativos y el malestar emocional (síntomatología depresiva y bienestar psicológico).
- 7.10. El estilo rumiativo mediará entre la ocurrencia de los sucesos vitales negativos y el malestar emocional (síntomatología depresiva y el bienestar psicológico).
- 7.11. El pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR) mediará entre la ocurrencia de los sucesos vitales positivos y el malestar emocional (síntomatología depresiva y bienestar).
- 7.12. El pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR) mediará entre la ocurrencia de los sucesos vitales negativos y el malestar emocional (síntomatología depresiva y bienestar).
- 7.13. El crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP) mediará entre la ocurrencia de sucesos vitales positivos y el malestar emocional (síntomatología depresiva y bienestar psicológico).
- 7.14. El crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP) mediará entre la ocurrencia de sucesos vitales negativos y el malestar emocional (síntomatología depresiva y bienestar psicológico).
- 7.15. El estilo rumiativo no mediará la relación entre pensamiento rumiativo y malestar psicológico.
- 7.16. La evitación experiencial no mediará la relación entre pensamiento rumiativo y malestar psicológico.
- 7.17. El estilo rumiativo mediará parcialmente la relación entre la evitación experiencial y el malestar psicológico.

#### **4.2.2. Estudio 2**

En relación con el programa piloto de intervención basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso, se plantean las siguientes hipótesis:

**Hipótesis 1.** Mediante la intervención ACT se producirá un aumento en la aceptación de emociones, pensamientos y sensaciones desagradables generales y los relacionados con la pérdida

- 1.1. Sólo el grupo de intervención presentará una reducción de pensamientos rumiativos asociados a la pérdida tras la intervención.

- 1.2. Sólo el grupo de intervención presentará un aumento del crecimiento personal tras la experiencia de la pérdida tras la intervención.
- 1.3. Sólo el grupo de intervención presentará una reducción de niveles de estilo rumiativo tras la intervención.
- 1.4. Sólo el grupo de intervención presentará una reducción de niveles de evitación experiencial tras la intervención.

**Hipótesis 2.** Mediante la intervención ACT se producirá un incremento de la aceptación de la pérdida

2. 1. Sólo el grupo de intervención presentará una reducción del nivel de malestar asociado al recuerdo del familiar fallecido.
2. 2. a. Sólo el grupo de intervención presentará una reducción de la interferencia con la vida del malestar asociado a la pérdida por falta de motivación.
2. 2. b. Sólo el grupo de intervención presentará una reducción de la interferencia con la vida del malestar asociado a la pérdida por pensamientos rumiativos.
2. 2. c. Sólo el grupo de intervención presentará una reducción de la interferencia con la vida del malestar asociado a la pérdida por pérdida de reforzadores.
2. 3. Sólo el grupo de intervención presentará un aumento en la aceptación de la pérdida.

**Hipótesis 3:** Mediante la intervención ACT se producirá un aumento del bienestar psicológico de las participantes

- 3.1. Sólo el grupo de intervención presentará un aumento del bienestar psicológico.
- 3.2. Sólo el grupo de intervención presentará una reducción de los niveles de depresión.

**Tabla 4.1.** Relación de objetivos generales y específicos con variables e instrumentos de evaluación en el estudio 2.

Tipo de variables	Objetivo general	Objetivo específico	Variable	Instrumento de medida
<b>Variables mediadoras</b>	Aceptar emociones, pensamientos y sensaciones desagradables generales y	Reducir pensamientos rumiativos asociados a la pérdida	Pensamiento rumiativo sobre el fallecimiento del cónyuge/otro familiar	Escala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR). Ítems 4 y 5.



<b>Variables de resultado</b>	los relacionados con la pérdida	Aumentar el crecimiento personal tras la experiencia de la pérdida	Crecimiento personal asociado al fallecimiento del cónyuge/otro familiar	Crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP). Ítems 4 y 5
		Reducir niveles de estilo rumiativo	Estilo rumiativo	Cuestionario de Estilos de Respuesta a la Tristeza (RRS- versión reducida; de Jackson y Nolen-Hoeksema, 1998). 10 ítems.
		Reducir niveles de evitación experiencial	Evitación experiencial	Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ; Hayes et al., 2000). 9 ítems
	Incrementar la aceptación de la pérdida	Reducir el nivel de malestar asociado al recuerdo del familiar fallecido	Malestar emocional relacionado con la pérdida	Pregunta específica
			Preguntas específicas Interferencia con la vida relacionada con la falta de motivación generalizada	Pregunta específica
		Reducir la interferencia con la vida del malestar asociado a la pérdida	Interferencia con la vida relacionada con el pensamiento rumiativo Pérdida de actividades y reforzadores	Pregunta específica
			Interferencia con la vida relacionada con la Pérdida de actividades y reforzadores	Pregunta específica
		Aumentar la aceptación de la pérdida	Aceptación de la pérdida	Pregunta específica
	Aumentar el bienestar psicológico de los participantes	Aumentar el bienestar psicológico	Bienestar psicológico	Adaptación española de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Ryff., 1989), realizada por Díaz et al. (2006). 39 ítems. Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977). 20 ítems.
		Reducir niveles de depresión	Sintomatología depresiva	



## **CAPÍTULO 5**

### **Estudio 1: Diseño y validación de las escalas de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales (EEIPSV)**

---



## Introducción

---

Habiendo analizado a lo largo de la parte teórica de esta tesis doctoral la relevancia de analizar el papel que juegan los sucesos vitales en la población mayor, así como sus estrategias de regulación emocional, en este primer estudio empírico se pretende diseñar y validar una escala de evaluación del impacto psicológico actual que tienen los sucesos vitales ocurridos a lo largo de la vida de la persona, evaluando tanto su ocurrencia como dos de las estrategias de regulación planteadas en anteriores capítulos: el pensamiento rumiativo y el crecimiento personal. Asimismo, se propondrá un modelo explicativo del bienestar emocional explicado a través de la ocurrencia de sucesos vitales negativos, estrategias de regulación emocional adaptativas y desadaptativas, y la salud física.

Tanto el diseño de la escala como el modelo de explicación del malestar pretenden servir de base empírica para el diseño (en el capítulo 6) de un programa de intervención psicológica cuyo objetivo será fomentar la aceptación de las pérdidas afectivas, mediante la potenciación de estrategias de regulación emocional adaptativas.

## 5.1. MÉTODO

---

### 5.1.1. Participantes

Los participantes en este primer estudio fueron reclutados en el Centro de Mayores de Cruz Roja Reina Sofía, en Madrid. Estas personas están vinculadas con dicho centro por ser usuarios de las actividades formativas y culturales que en él se desarrollan (informática, inglés, etc.). Tal y como se describe con más detalle en la sección de procedimiento, los participantes fueron contactados a través de la colaboración de profesionales del centro. Para participar, debían cumplir los siguientes criterios de inclusión: tener 60 años de edad o más, contar con conocimientos básicos de lecto-escritura y mostrar autonomía funcional y ausencia de deterioro cognitivo.

Fueron contactadas 393 personas mayores de 60 años. La media de edad fue de 71.5 (d.t. = 6.9), con un rango de edad de 60 a 92 años y una media de 12.2 años de educación (d.t. = 7.3; rango = 0-35 años). La muestra estaba compuesta en su mayoría por mujeres y

personas casadas, seguidas de personas viudas y solteras. En la Tabla 5.1, se reflejan los datos descriptivos de los participantes.

**Tabla 5. 1.** Características sociodemográficas de la muestra

		N (393)	%
<b>Sexo</b>	Mujer	276	70.2
	Hombre	117	29.8
<b>Estado civil</b>	Casado	202	51.4
	Viudo	111	28.2
	Soltero	60	15.3
	Divorciado	11	2.8
	Separado	9	2.3
<b>Ingresos económicos suficientes</b>	Si	330	84.0
	No	63	16.0
<b>Salud percibida</b>	Muy buena	36	9.0
	Buena	127	32.3
	Normal	194	49.4
	Mala	31	7.9
	Muy mala	5	1.3

### 5.1.2. Variables e instrumentos

Tal y como se ha descrito en la introducción de este trabajo, el marco teórico que guía este estudio es el modelo de estrés y afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984). De acuerdo con los postulados de este modelo, las variables evaluadas han sido clasificadas en las siguientes dimensiones: sociodemográficas y salud, estresores, mediadoras y de resultado. En la Tabla 5.2 se presenta un resumen de las variables evaluadas, que son descritas con mayor detalle a continuación. Los instrumentos empleados pueden consultarse en el Anexo 2.

**Tabla 5. 2.** Variables e instrumentos

Dimensión según modelo de estrés	Categoría	Variable	Instrumento de medida
<b>Variables socio-demográficas</b>	Características sociodemográficas	Sexo, edad, estado civil, años de educación, condiciones económicas	Preguntas específicas
	Salud	Enfermedad/es diagnosticada/s	Pregunta específica
		Salud percibida	Subescalas de vitalidad y función física de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 (Alonso, Prieto y Antóy, 1995).
		Vitalidad	
		Función física	
<b>Estresores</b>	Sucesos vitales	Ocurrencia de sucesos vitales positivos y negativos	Escala diseñada para el estudio
<b>Variables Mediadoras</b>	Regulación emocional estables	Estilo rumiativo	Cuestionario de Estilos de Respuesta a la Tristeza (RRS-versión reducida; de Jackson y Nolen-Hoeksema, 1998).
		Evitación experiencial	Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ; Hayes et al. 2000).
	Impacto psicológico de los sucesos vitales pasados	Pensamiento rumiativo ante sucesos vitales	Escala de pensamiento rumiativo (EPR). (Escala diseñada para el estudio)
		Crecimiento personal asociado a sucesos vitales pasados	Escala de Crecimiento personal asociado a sucesos vitales pasados (ECP). (escala diseñadas para el estudio)
<b>Variables resultado</b>	Bienestar Emocional	Bienestar psicológico	Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Ryff, C., 1989); adaptación española realizada por Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle y Dierendonck (2006).
		Satisfacción con la vida	Escala de satisfacción con la vida (SWLS, Diener et al., 1985); adaptación española realizada por Pons, Atienza, Balaguer y García-Merita, 2002.
	Malestar emocional Ansiedad	Sintomatología depresiva	Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977).
		Ansiedad	Escala de Ansiedad Geriátrica GAI (Geriatric Anxiety Inventory; Pachana et al., 2007); adaptación española realizada por Márquez-Gonzalez et al., (2012).

### 5.1.2.1. Variables sociodemográficas y de salud

#### a) Características sociodemográficas

Se incluyeron en el protocolo de evaluación preguntas específicas para evaluar el sexo, la edad, el estado civil y el número de años de educación.

Además, se recogió información de las condiciones económicas de las personas a través de la pregunta: “¿Considera que sus condiciones económicas actuales son suficientes para afrontar adecuadamente el día a día?”. La opción de respuesta propuesta fue dicotómica: sí/no.

### **b) Características de salud**

Se evaluaron las siguientes variables: salud general percibida, vitalidad y función física. Estas variables fueron evaluadas con las subescalas correspondientes del Cuestionario de Salud SF-36 (Medical Outcomes Study, MOS; Ware y Sherbourne, 1992; versión en castellano de Alonso et al., 1995).

### **c) Enfermedades diagnosticadas**

Se preguntó a los participantes si padecían alguna enfermedad a través de una pregunta específica: “¿Tiene usted alguna enfermedad diagnosticada?”. Se propuso una opción de respuesta dicotómica: sí/no. En caso afirmativo, los participantes debían especificar cuál o cuáles.

La subescala de salud general percibida evalúa la percepción que tienen las personas sobre su propia salud actual. La escala original consta de dos ítems. Sin embargo, para este trabajo se empleó únicamente uno (“en general, cómo diría que es su salud”), con cinco opciones de respuesta tipo Likert (0 = muy buena, 1 = buena, 2 = normal, 3 = mala y 4 = muy mala).

La subescala de vitalidad evalúa la percepción subjetiva de los participantes acerca de su propio estado de vitalidad y/o cansancio en las últimas cuatro semanas. Se emplean para ello 4 ítems (por ej. “durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?”) con un total de 6 opciones de respuesta tipo Likert (0 = nunca; 1 = sólo alguna vez; 2 = algunas veces; 3 = muchas veces; 4 = casi siempre; 5 = siempre). Las propiedades psicométricas obtenidas en su adaptación a la muestra española son aceptables, mostrando un alpha de Cronbach de 0.74 (Alonso et al., 1995). En este trabajo se ha obtenido una consistencia interna (alpha de Cronbach) de 0.82.



La subescala de función física evalúa la percepción de las personas sobre su propia capacidad para realizar algunas actividades en un día normal, a través de 10 ítems (por ej. “Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?”) con 3 opciones de respuesta tipo Likert que oscilan entre 0 y 2 (0 = No, no me limita nada; 1 = sí, me limita un poco; 2 = sí, me limita mucho). En el trabajo original de validación al castellano se obtuvo un buen índice de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach = 0.84; Alonso et al., 1995). En este trabajo el índice  $\alpha$  de Cronbach obtenido ha sido, igualmente, 0.84.

### **5.1.2.2. Estresores**

#### **a) Escala de ocurrencia de sucesos vitales (EO)**

El desarrollo de esta escala forma parte de uno de los objetivos centrales del presente trabajo: elaborar un instrumento que permita evaluar el impacto psicológico que tienen en la actualidad los sucesos vitales ocurridos en el pasado, a través del análisis de variables relacionadas con la regulación emocional asociada a tales experiencias. Dada su importancia en este trabajo, se describe en detalle en el apartado de resultados del presente capítulo (ver apartado 5.3.1).

### **5.1.2.3. Variables mediadoras**

Como variables mediadoras se han evaluado las siguientes variables relacionadas con la regulación emocional:

#### **a) Estilo rumiativo**

Esta variable ha sido evaluada a través de la versión reducida del Cuestionario de Estilos de Respuesta a la Tristeza (RRS-versión reducida; de Jackson y Nolen-Hoeksema, 1998), que evalúa la tendencia a emplear la rumiación (entendida como la repetición recurrente de pensamientos negativos) cuando la persona está experimentando sentimientos de tristeza, melancolía o abatimiento. Consta de 10 ítems (por ej., “piensa en lo solo que se siente”, “piensa en sus sentimientos de cansancio y dolor”) con formato de respuesta tipo Likert con 4 opciones de respuesta (0 = nunca, 1 = a veces, 2 = frecuentemente y 3 = siempre). Altas puntuaciones en esta escala sugieren altos niveles de estilo rumiativo. Los datos sobre consistencia interna en la población mayor han sido

excelentes, encontrándose un alpha de Cronbach de 0.91 (Márquez-González, et al., 2012). En el presente trabajo se ha obtenido una buena consistencia interna (alpha de Cronbach), de 0.89.

### **b) Evitación experiencial**

La evitación experiencial se ha medido a través de la adaptación española del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ; Hayes et al., 2000) realizada por Wilson y Luciano (2002). Esta escala evalúa la falta de disposición de una persona para ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (por ej., sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales), así como sus intentos de alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona (Hayes, et al., 1996). Está compuesta por 9 ítems (por ej., “tenga o no claro el mejor modo de resolver un problema me pongo en marcha”) y sus respuestas tipo Likert se agrupan de la siguiente forma: 1 = nunca, 2 = raramente, 3 = ocasionalmente, 4 = a veces, 5 = frecuentemente, 6 = casi siempre y 7 = siempre. Presenta propiedades psicométricas adecuadas, tanto de consistencia interna como de validez de criterio, predictiva y convergente (Hayes et al. 2004). Una puntuación alta en esta escala sugiere altos niveles de evitación experiencial en la persona. En trabajos previos realizados con población mayor española se han obtenido cuestionables propiedades psicométricas para esta escala, tales como un alpha de Cronbach de 0.62 (Márquez-González et al., 2012). En el presente trabajo se ha obtenido un resultado idéntico (alpha de Cronbach de 0.62).

### **c) Impacto psicológico de los sucesos vitales pasados**

El impacto psicológico de los sucesos vitales pasados sobre el bienestar actual de las personas se ha evaluado con las escalas de evaluación del impacto psicológico de los sucesos vitales pasados (EEIPSV). Estas escalas han sido desarrolladas para este trabajo de cara a conseguir uno de sus objetivos principales: diseñar un instrumento que permita evaluar el impacto emocional que tienen en la actualidad los sucesos vitales experimentados a lo largo de la vida de la persona, cuya ocurrencia es evaluada previamente con la escala de ocurrencia (EO) de sucesos vitales. Las escalas de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales pasados (EEIPSV) son las siguientes: a) la escala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales pasados (EPR); y b) la escala de crecimiento personal asociado a sucesos vitales pasados (ECP). Dado que el desarrollo de estas escalas es uno de los

objetivos de este trabajo, el diseño de estas escalas se describe en el apartado 3.1 de resultados de este mismo capítulo.

#### **5.1.2.4. Variables de resultado**

##### **a) Variables de bienestar emocional**

###### **➤ Bienestar psicológico-eudaimónico**

La medida de bienestar psicológico utilizada ha sido la adaptación al español de la versión de Van Dierendonck (2005) de las escalas de bienestar psicológico, propuestas originalmente por Carol Ryff (Keyes, Shmotkin, y Ryff, 2002; Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995). La versión española fue validada por Díaz et al. (2006). Consta de 39 ítems (por ej., “cuando repaso la historia de mi vida estoy contento de cómo han resultado las cosas”) divididos en seis subescalas (propósito en la vida, dominio del entorno, relaciones positivas, autoaceptación, autonomía y crecimiento personal). Altos niveles en esta escala sugieren altos niveles de bienestar psicológico. Las opciones de respuesta son de tipo Likert y oscilan entre 0 y 5 (0 = totalmente en desacuerdo; 5 = totalmente de acuerdo). En la adaptación al castellano se obtuvieron buenos índices de fiabilidad con valores alpha de Cronbach comprendidos entre 0.83 (autoaceptación) y 0.68 (crecimiento personal) (Díaz et al., 2006). En este trabajo se han empleado dos medidas de la escala, la puntuación global y la subescala de crecimiento personal. La consistencia interna (alpha de Cronbach) global de esta escala obtenida en el presente trabajo es de 0.87.

###### **➤ Bienestar subjetivo-hedónico**

El instrumento de medida seleccionado para medir la Satisfacción con la Vida o el bienestar subjetivo ha sido la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), desarrollada por Diener et al., (1985), y adaptada al castellano por Pons et al., (2002). Esta escala evalúa la valoración global que la persona hace sobre su propia vida, comparando lo que ha conseguido (sus logros), con los que esperaba obtener (sus expectativas) (Pons et al, 2002). Consta de 5 ítems (por ej., “En muchos sentidos, mi vida real se acerca a mi vida ideal”) con un formato de respuesta tipo likert con 7 opciones (1 = totalmente en desacuerdo; 7 = totalmente de acuerdo). En la escala original se obtuvo un coeficiente alpha de Cronbach de 0.87 y una fiabilidad test-retest de 0.82 (Diener et.al., 1985). En el presente trabajo se ha obtenido un alpha de Cronbach de 0.85.

## **b) Variables de malestar emocional**

### **➤ Sintomatología depresiva**

Para la evaluación de la sintomatología depresiva se ha utilizado la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977), que evalúa la frecuencia de aparición de síntomas depresivos en la última semana. Consta de 20 ítems (por ej., "Sentía que no podía librarme de la tristeza incluso con la ayuda de mi familia o amigos") con un formato de respuesta de cuatro opciones tipo Likert (de 0 = "raramente o nunca" a 3 = "todo el tiempo"). El coeficiente alpha obtenido en el trabajo original varía entre 0.85 (con población general) y 0.90 (con población clínica). Habitualmente se utiliza como punto de corte que sugiere la presencia de depresión clínica una puntuación igual o superior a 16 en esta escala (Radloff y Teri, 1985). En la versión española también se han obtenido adecuados índices de fiabilidad ( $\alpha = 0.90$ ), de sensibilidad (0.95) y de especificidad para detectar sintomatología depresiva (0.91) (Soler et. al., 1997). Esta escala presenta buenas propiedades psicométricas en población mayor con un índice de alpha de Cronbach 0.87 (Márquez-González, et al., 2012). En este estudio se ha obtenido un buen índice de fiabilidad (alpha de Cronbach) de 0.84.

### **➤ Nivel de ansiedad**

El nivel de sintomatología ansiosa se ha medido a través de la versión española del Inventario de Ansiedad Geriátrica (Geriatric Anxiety Inventory, GAI) desarrollada por Pachana et al. (2007) y validada al castellano por Márquez-González et al. (2012). Esta escala evalúa síntomas de ansiedad en personas mayores a través de 20 ítems (por ej., "me paso mucho tiempo preocupado") dicotómicos (0 = no; 1 = sí). La versión original muestra excelentes propiedades psicométricas (Pachana et al., 2007). La versión española de la escala mostró igualmente excelentes propiedades psicométricas, tales como un alpha de Cronbach de 0.91 (Márquez-González, et al., 2012). En el presente trabajo se han encontrado resultados idénticos en esta variable, obteniendo un alpha de Cronbach de 0.91.

### **5.1.3. Procedimiento**

Se estableció con la Cruz Roja de Madrid un convenio de colaboración que tenía, entre otros objetivos, la realización de un análisis de la salud mental de los usuarios que participan en las actividades culturales y formativas de uno de sus centros de mayores (Centro de Mayores de la Cruz Roja “Reina Sofía”). Se realizó una campaña de divulgación para dar a conocer el estudio, a través de carteles informativos y anuncios en las actividades formativas desarrolladas en los centros. Para poder participar, las personas debían ponerse en contacto con los profesionales del centro (psicólogos y técnicos de proyectos de animación sociocultural), quienes se aseguraban de que tales personas cumplieran con los requisitos para su participación en las evaluaciones (tener 60 o más años de edad, conocimientos básicos de lecto-escritura, mostrar autonomía funcional y una aparente inexistencia de deterioro cognitivo). Los participantes colaboraron en el estudio de forma voluntaria, previa firma de un consentimiento informado. Las evaluaciones fueron llevadas a cabo en el propio centro por psicólogos entrenados, con un tiempo aproximado de duración para cada evaluación de 40-50 minutos.

Tras las evaluaciones se realizaron talleres grupales en los que se describían los resultados descriptivos obtenidos en las evaluaciones. Para dar a conocer los talleres se empleó el mismo procedimiento de captación que se utilizó para planificar las evaluaciones.

## **5.2. ANÁLISIS DE DATOS**

---

El análisis de datos está centrado en dos objetivos fundamentales: a) analizar las propiedades psicométricas de las escalas de Evaluación del Impacto Psicológico de los Sucesos Vitales (EEIPSV), y b) explorar la relación que presentan las variables analizadas en este trabajo (ocurrencia de sucesos vitales, pensamiento rumiativo sobre ellos y crecimiento personal asociado) con otras variables incluidas en el modelo de estrés (variables mediadoras –variables de regulación emocional estables- y variables de resultado –síntomatología depresiva y bienestar psicológico-). Este último objetivo permitirá el desarrollo de un modelo explicativo de la sintomatología depresiva y del bienestar psicológico con base en las relaciones identificadas.

## **5.2.1. Propiedades psicométricas de las escalas EEIPSV**

### **5.2.1.1. Análisis descriptivos de los ítems de las escalas**

En primer lugar, se han realizado análisis descriptivos de los ítems para las escalas de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales. Para la escala de ocurrencia de sucesos vitales se han realizado análisis de frecuencias y porcentajes de los sucesos ocurridos en la muestra. En el caso de la escala de pensamiento rumiativo (EPR, EPR+ y EPR-) y para las escalas de crecimiento personal (ECP, ECP+ y ECP-) se han realizado análisis descriptivos de los ítems, comparando las puntuaciones obtenidas en cada ítem en función del sexo y de la sintomatología depresiva (puntuación en CES-D < 16 vs. puntuación en CES-D ≥ 16), mediante la prueba t de para muestras independientes.

### **5.2.1.2. Análisis de la estructura factorial**

Para explorar las dimensiones existentes en la escala de ocurrencia de sucesos vitales, se tomó como referencia la clasificación de sucesos como positivos y negativos llevada a cabo por Sarason et al., (1978). Concretamente, se solicitó a diez expertos en psicología clínica y de la salud que llevaran a cabo una clasificación de los sucesos en positivos, negativos y/o dudosos. Para evaluar el acuerdo interjueces se empleó el índice de concordancia, utilizando para ello el índice W de Kendall (Kendall y Smith, 1939), que ofrece valores entre 0 y 1 (siendo 1 el valor de concordancia absoluta), y el índice de Chi cuadrado (cuyo valor de significación asociado deberá ser  $\leq 0.05$  para rechazar la hipótesis de

concordancia nula y concluir que existe acuerdo estadísticamente significativo entre las respuestas de los jueces).

A partir de la clasificación realizada por los expertos de los ítems de la escala de ocurrencia de sucesos vitales (EO) en sucesos positivos y negativos se decidió contrastar la estructura obtenida con la presentada por las escalas de pensamiento rumiativo y de crecimiento personal. Para ello se utiliza la técnica del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), realizado sobre la matriz de correlaciones policóricas, al tratarse de datos ordinales, mediante el método de estimación de mínimos cuadrados ponderados (WLSMV), adecuado para el análisis de datos categóricos (Muthén y Muthén, 2007). Los índices de ajuste analizados (y los valores indicativos de buen ajuste, señalados entre paréntesis) han sido: el estadístico Chi-cuadrado y el Chi-cuadrado dividido entre sus grados de libertad ( $\leq 3$ ), para comprobar el ajuste absoluto del modelo, y los índices CFI (índice de ajuste comparativo;  $\geq 0.95$ ) y TLI (índice Tucker-Lewis;  $\geq 0.96$ ), para los cuales se ha utilizado como referencia los valores propuestos por Schereiber, Nora, Stage, Barlow y King (2006). Los índices de residuos utilizados fueron el WRMR (Raíz Cuadrada Media Residual Ponderada;  $\leq 0.90$ ) y el RMSEA (Raíz del Error Cuadrático Medio de Aproximación;  $\leq 0.06$ ), tomando como referencia para su interpretación los valores propuestos por Browne y Cudeck (1993). El programa informático utilizado para realizar los análisis fue el M-Plus 6.1.

#### **5.2.1.3. Análisis de la fiabilidad**

El cálculo de la fiabilidad de las escalas se analizó a través del análisis de consistencia interna. Específicamente, para la escala de ocurrencia de sucesos vitales se ha empleado el coeficiente de Kuder-Richardson (KR-20) por tratarse de ítems dicotómicos, siguiendo las recomendaciones de Oviedo y Campo-Arias (2005). Para las escalas de pensamiento rumiativo y crecimiento personal la fiabilidad se analizó a través del análisis de la consistencia interna (alpha ordinal), siguiendo el procedimiento de Elosua y Zumbo (2008) para escalas ordinales. El programa informático utilizado para su cálculo en las escalas de pensamiento rumiativo (EPR) y crecimiento personal (ECP) ha sido el MPLUS 6.1 y para la escala de ocurrencia (EO) el SPSS 19.0.

#### **5.2.1.4. Análisis de la validez**

Se ha estimado la validez convergente y de criterio a través del análisis de correlación biserial puntual a través del estadístico Eta, para los ítems de ocurrencia de sucesos vitales (variable dicotómica), y correlaciones bivariadas de Pearson para los ítems de las escalas de pensamiento rumiativo y crecimiento personal (variables cuantitativas), utilizando para ambos procedimientos el programa SPSS v.19.0.

➤ Escala de ocurrencia de sucesos vitales (EO)

La validez de criterio se ha estimado a través de la correlación de la escala de ocurrencia de sucesos vitales positivos (EO+) y sucesos vitales negativos (EO-) con sintomatología depresiva, medida a través de la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977), y ansiedad, evaluada a través del Inventario de Ansiedad Geriátrica (GAI; Pachana et al., 2007), así como con bienestar psicológico, medido a través de la Escala de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989) y satisfacción con la vida, evaluada a través de la Escala de Satisfacción con la Vida, de Diener et al. (1985). Así mismo, se proponen modelos de regresión jerárquica que prueban el valor predictivo de la variable ocurrencia de sucesos vitales (EO) sobre las variables dependientes más relevantes del estudio (sintomatología depresiva y bienestar psicológico).

➤ Escala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR)

La validez convergente para la escala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales se analiza a través del análisis de correlaciones bivariadas de la escala con Cuestionario de Estilos de Respuesta a la Tristeza (RRS-versión reducida; Jackson y Nolen-Hoeksema, 1998), que evalúa estilo rumiativo. A su vez, la validez de criterio se ha estimado a través de la correlación de pensamiento rumiativo (EPR) con: a) la sintomatología depresiva, medida a través de la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977); b) el nivel de ansiedad, medido a través de la Escala de Ansiedad Geriátrica (GAI; Pachana, et al. 2007); c) el bienestar psicológico, evaluado a través de la Escala de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989); y d) la satisfacción con la vida, evaluada a través de la Escala de Satisfacción con la Vida, de Diener et al, 1985). Además se propone un modelo de regresión jerárquica que analiza el valor predictivo de la variable pensamiento rumiativo sobre acontecimientos vitales (EPR) sobre las variables dependientes de mayor interés para el presente estudio (sintomatología depresiva y bienestar psicológico).

➤ Escala de crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP)

La estimación de la validez convergente de la escala de crecimiento (ECP) se ha realizado a través del análisis de correlaciones bivariadas con la escala de crecimiento



personal de las Escalas de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989). Por otro lado, la validez de criterio se ha estimado a través de la correlación de crecimiento personal (ECP) ante sucesos vitales con: a) la sintomatología depresiva, medida a través de la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977); b) el nivel de ansiedad, medido a través de la Escala de Ansiedad Geriátrica (GAI; Pachana, et al., 2007); c) el bienestar psicológico, evaluado a través de la Escala de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989); y d) la satisfacción con la vida, evaluada a través de la Escala de Satisfacción con la Vida, de Diener et al., 1985). Así mismo, se proponen modelos de regresión jerárquica que analizan el valor predictivo de la variable crecimiento personal asociado a sucesos vitales sobre las variables dependientes de mayor interés para este estudio (sintomatología depresiva y bienestar psicológico).

#### **5.2.1.5. Análisis descriptivo de las escalas**

Se han realizado análisis de diferencia de medias en la ocurrencia de sucesos de sucesos vitales positivos (EO+) y negativos (EO-) en la muestra general, en función del sexo y en función del rango de edad (mediante ANOVA de un factor). Para ello, se dividió la muestra en tres grupos en función de su edad: menor edad (de 60 a 69 años), edad intermedia (de 70 a 79 años) y edad avanzada (80 a 92 años). Por último, para las escalas de pensamiento rumiativo (EPR, EPR+ y EPR-) y para las escalas de crecimiento personal (ECP, ECP+ y ECP-) se han realizado análisis descriptivos, comparando las puntuaciones medias obtenidas en cada escala y subescala (sucesos vitales positivos y negativos) para la muestra general (mediante prueba t para muestras relacionadas) y en función del rango de edad (ANOVA de un factor), en función del sexo (mediante prueba t para muestras independientes) y en función de la sintomatología depresiva (puntuación en CES-D  $\leq 16$  vs. puntuación en CES-D  $\geq 16$ ) (mediante la prueba t de para muestras independientes).

### **5.2.2. Análisis del papel del pensamiento rumiativo y el crecimiento personal asociado a sucesos vitales en la explicación de la sintomatología depresiva y el bienestar psicológico**

Como paso previo para el análisis de relación entre las variables estudiadas, se llevaron a cabo análisis de los datos para comprobar la presencia de casos atípicos univariados y multivariados en las escalas estudiadas. También se analizaron los supuestos necesarios para poder llevar a cabo análisis estadísticos de regresión jerárquica y análisis de ecuaciones estructurales, tales como analizar la normalidad de la distribución de las variables y la multicolinealidad. Para cumplir estos supuestos básicos se ha recurrido a los criterios propuestos por Tabachnick y Fidell (2007).

Se han llevado a cabo correlaciones bivariadas de Pearson para establecer las relaciones estadísticas entre las variables diseñadas en las Escalas de Evaluación del Impacto Psicológico de Sucesos Vitales con las variables incluidas en el modelo de estrés propuesto. Por un lado, con las variables sociodemográficas, y por otro, las variables de regulación estables (evitación experiencial y estilo rumiativo) así como con las variables resultado (síntomatología depresiva y bienestar psicológico).

### **5.2.3. Análisis por perfiles psicológicos según las estrategias de regulación emocional empleadas**

Se han realizado clasificaciones por terciles de las puntuaciones totales en las variables de regulación emocional evaluadas (estilo rumiativo, evitación experiencial, pensamiento rumiativo y crecimiento personal asociado a sucesos vitales). Con estos terciles se han llevado a cabo análisis de diferencias de medias mediante ANOVAs de un factor en las puntuaciones de las variables de resultado (síntomatología depresiva y bienestar psicológico) en función de los terciles de las variables de regulación emocional. Para conocer entre qué grupos (terciles) se han producido diferencias significativas se han realizado los análisis post-hoc. Concretamente, se han analizado el estadístico HSD de Tukey para los casos en los que las variables presenten igualdad de varianzas (analizado mediante la prueba de Levene), y el estadístico de Games-Howell para las variables que no presenten igualdad de varianzas.

Con el objetivo de explorar los perfiles de agrupación de la muestra en función de las puntuaciones en las cuatro estrategias de regulación emocional del estudio tomadas en su conjunto, se realizaron análisis de conglomerados. Para ello, se realizó un primer análisis de conglomerados jerárquicos para realizar una inspección visual del dendograma y, a continuación, se procedió a realizar un análisis de conglomerados de *K medias*, preestableciendo el número de conglomerados con base en la inspección visual realizada.

Los resultados obtenidos para cada conglomerado se han clasificado en puntuaciones bajas, altas o medias en cada variable de interés en función de las puntuaciones obtenidas en los terciles. Se han realizado análisis de diferencias de medias (mediante ANOVA de un factor) para las variables resultado (bienestar psicológico y sintomatología depresiva) y para la ocurrencia de sucesos vitales (positivos y negativos) en función del conglomerado. Para explorar en qué conglomerados se han producido diferencias estadísticamente significativas se han utilizado los estadísticos de Tukey (para variables con varianzas iguales entre sus grupos) y Games-Howell (para variables con varianzas distintas).

#### **5.2.4. Modelo explicativo para la sintomatología depresiva y el bienestar psicológico**

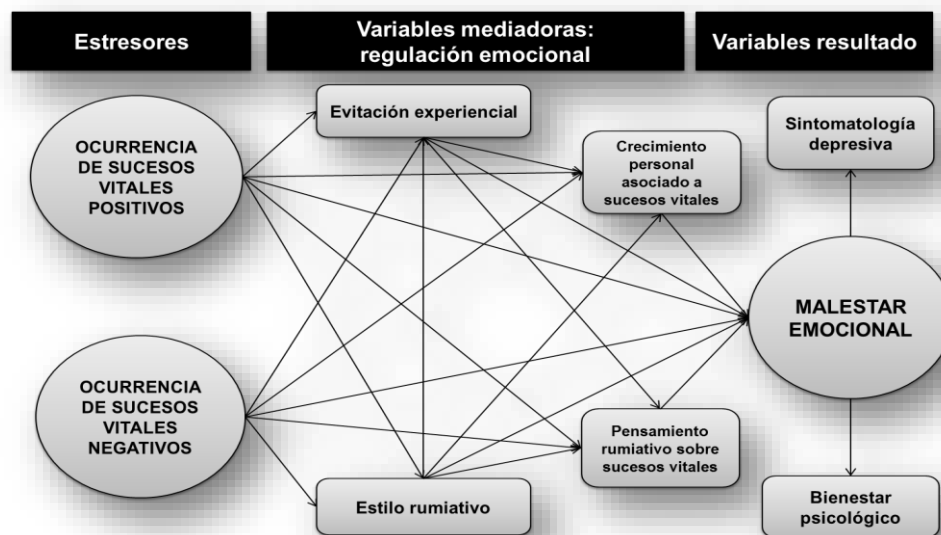
Para analizar la capacidad discriminativa de las variables analizadas en el presente estudio se recurrió a diseñar dos modelos explicativos, uno para la sintomatología depresiva y otro para el bienestar psicológico. En ambos casos se han incluido las dimensiones habitualmente consideradas en los modelos de estrés y afrontamiento.

Con el objetivo de valorar si las variables de impacto psicológico de sucesos vitales pasados añaden capacidad explicativa (del malestar emocional) a las variables sociodemográficas y de salud y a otras variables mediadoras (estrategias de regulación emocional estables), así como para analizar la relación entre la ocurrencia de sucesos vitales y el malestar emocional controlando estas importantes variables, se realizaron análisis de regresión jerárquica. Para ello se han seguido las agrupaciones de variables independientes señaladas en el modelo de estrés. En el primer y segundo paso se han incluido las variables contextuales y de control: características sociodemográficas (paso 1) y de salud (paso 2). En el tercer paso se han incluido los estresores: ocurrencia de sucesos vitales (positivos y negativos). En el paso cuarto y quinto se han incluido las variables mediadoras de regulación emocional estables: la evitación experiencial y estilo rumiativo. Finalmente, en el sexto y séptimo paso se han incluido las escalas del impacto psicológico ante sucesos vitales: pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR) y crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP).

Con el objetivo de comprobar que no existiesen efectos de multicolinealidad se examinaron los valores de inflación de la varianza (FIV) y los índices de tolerancia de acuerdo con los criterios establecidos por Kleinbaum et al., (1988).

Asimismo, se presenta un análisis de ecuaciones estructurales del modelo propuesto, realizado a través del programa estadístico AMOS 16, que se utiliza para obtener una representación más descriptiva del papel que ejercen las variables de regulación emocional y las variables de impacto psicológico sobre los sucesos vitales en la sintomatología depresiva y el bienestar psicológico. Utilizando el método de mínimos cuadrados generalizados (GLS) se analizan los índices de ajuste absoluto (Chi cuadrado), Chi cuadrado partido por sus grados de libertad ( $\chi^2 / gl$ ), ajuste comparativo (TLI: Índice de Tucker-Lewis; CFI: índice de ajuste comparativo), índices de residuos (RMSEA: Raíz del Error Cuadrático Medio de Aproximación) y bondad de ajuste (GFI: índice de bondad de ajuste), interpretados según los criterios propuestos por Scheiber et al. (2006). En la figura 5.1, se puede observar la distribución de las variables incluidas en el modelo de estrés propuesto para la explicación del malestar emocional.

**Figura 5. 1.** Variables incluidas en el modelo de estrés propuesto



### 5.3. RESULTADOS

### **5.3.1. Diseño de las escalas de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales pasados (EEIPSV)**

#### **5.3.1.1. Escala de ocurrencia de sucesos vitales**

Para la selección de los eventos específicos a incluir en las escalas de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales (EEIPSV) se tomaron como referencia, por un lado, la lista de sucesos vitales propuestos por Holmes y Rahe en la Escala de Reajuste Social (Miller y Rahe, 1997; Rahe, 1975) y, por otro, la clasificación de los sucesos vitales realizada por Sarason et al. (1978), que tiene en cuenta la diferenciación entre sucesos vitales positivos y negativos.

Desde la primera versión de la escala de Holmes et al. (1967), se han llevado a cabo dos revisiones posteriores de dicha escala (Miller y Rahe, 1997; Rahe, 1975), en las que los índices de Unidad de Cambio Vital se han visto modificados. Por ello, para la selección de los sucesos vitales, se ha recurrido a la última de las revisiones llevadas a cabo, la versión de Miller y Rahe (1997).

Por otro lado, dada la extensión de la escala y con el objetivo de reducirla al menor número posible de ítems, se seleccionaron aquellos sucesos con mayor Unidad de Cambio Vital; concretamente, aquellos que se encontraban por encima del centil 50 en la versión de Miller y Rahe (1997). Así mismo, se procuró reducir aún más la escala (para generar una escala rápida y de sencilla aplicación), tratando de garantizar la presencia de aquellos sucesos que con mayor probabilidad hayan podido experimentar las personas mayores. Por esta razón, se fusionaron algunos ítems con contenido similar. En la Tabla 5.3 se presentan los ítems seleccionados a partir de las escalas indicadas, mostrándose en la columna de la derecha el formato final incluido en la escala de ocurrencia de sucesos vitales desarrollada para el presente trabajo.

**Tabla 5. 3.** Ítems utilizados para la escala EEIPSV

ITEMS ORIGINALES (Escala Miller y Rahe, 1997)	Ítem propuesto para las EEIPSV
9) Matrimonio	Matrimonio
1) Muerte del cónyuge	Fallecimiento del cónyuge
2) Muerte de un familiar cercano	Fallecimiento de otro familiar cercano
5) Enfermedad o lesiones (propias)	Enfermedad importante (física o mental) de uno mismo
14) Cambio en la salud de un familiar	Enfermedad (física o mental) de un familiar cercano
2) Divorcio	Separación/divorcio
4) Separación matrimonial	
9) Embarazo	Nacimiento de hijos/nietos
13) Nuevo miembro en la familia	
6) Despido laboral	
16) Retiro laboral	Experiencias o cambios de tipo laboral
17) Cambio a un tipo distinto de trabajo	
15) Cambio del estado económico	Problemas económicos
11) Ejecución de una hipoteca o préstamo	

Dada la importante relación entre las relaciones sociales, el apoyo social y el bienestar en este grupo de población (Uchino, 2009), y teniendo en cuenta que los factores sociales han sido escasamente contemplados en las escalas originales de evaluación de sucesos vitales (Dohrenwend, 2006), se han incluido, además, algunos ítems de especial relevancia para la población mayor. Así, se añadieron ítems relacionados con el contexto social y familiar de los participantes, como “conocer nuevas amistades”, “conflictos con amistades”, “viajes realizados, especialmente relevantes” y “conflicto familiar importante”.

Finalmente, se incluyó un ítem (ítem 16) que evalúa de forma general si las personas han experimentado algún otro tipo de acontecimiento traumático a lo largo de su vida que no haya sido incluido entre los anteriores. Se trata del siguiente ítem: “Experiencias traumáticas personales o de personas muy cercanas (por ej., accidente de tráfico...)”. Además, se les indicaba que especificasen cual.

La escala de ocurrencia de sucesos vitales (EO) estuvo finalmente compuesta por un inventario de 14 sucesos vitales (ver anexo 1). Cada uno de los ítems va precedido por la pregunta “¿Le ha ocurrido este acontecimiento en su vida?”, que tiene como posibles respuestas sí o no. En el Anexo 1 pueden consultarse las instrucciones propuestas para completar la escala.

A diferencia de la mayoría de las escalas de sucesos vitales existentes, el instrumento que se propone en este estudio no evalúa el momento concreto en el que ocurrieron los sucesos vitales. Las razones que explican esta característica de la escala son las siguientes:

a) La escala no tiene como objetivo fundamental ser una medida del impacto sobre la salud o unidad de cambio vital en el momento de experimentar el suceso vital, como ocurre en la mayoría de escalas clásicas, en las que se entiende el suceso como un estresor que produce cambios vitales en los meses posteriores (uno o dos años según escalas previas: Holmes y Rahe, 1967; Rahe y Arthur, 1978; Sarason, et al., 1978). En este trabajo, lo que se pretende es desarrollar una herramienta de evaluación que facilite conocer el impacto emocional actual que tienen los sucesos vitales experimentados por la persona a lo largo de su vida. Esto es, el objetivo final es conocer si el evento (o, más bien, su representación mental o recuerdo) afecta al bienestar emocional actual de forma negativa a través de mecanismos como los pensamientos rumiativos (Davis y Nolen-Hoeksema, 2001; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Moberly et al., 2008; Newby et al., 2011; Starr y Moulds, 2006) o si se trata de una experiencia ya elaborada (integrada) de la que la persona ha sabido extraer aprendizaje y crecimiento (Páez et al., 2011; Nolen-Hoeksema y Davis, 2005).

b) En la población general y, de forma especial, en la población a la que va dirigida esta escala (personas mayores de 60 años), algunos eventos vitales ocurridos en el pasado pueden tener una importancia similar a la que presentan algunos eventos vitales actuales. Así, en la vejez, las experiencias pasadas parecen cobrar una especial importancia en el sentido que propone Erikson (1982), quien plantea que las personas mayores se enfrentan a la necesidad de reflexionar sobre la propia vida y darle un sentido a través de la integración de las experiencias y de cómo cada uno ha podido manejarlas a lo largo de la vida. Por tanto, parece de suma importancia considerar que los sucesos del pasado pueden adquirir en la vejez una importancia esencial para la propia experiencia emocional y el bienestar psicológico actual de las personas mayores en sus últimas etapas vitales.

Por los motivos señalados, con base en la escala de ocurrencia de sucesos vitales se crearon dos escalas cuyos ítems debían ser respondidos en el caso de que el acontecimiento evaluado hubiese sido experimentado por la persona. Concretamente, se desarrolló la Escala de Pensamiento Rumiativo sobre sucesos vitales pasados (EPR) y la Escala de Crecimiento Personal asociado a Sucesos Vitales (ECP). Estas escalas se describen a continuación.

### **5.3.1.2. Escala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR)**

La escala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR) evalúa un tipo de pensamiento repetitivo y generador de malestar acerca de los sucesos vitales pasados evaluados en la escala de ocurrencia. Concretamente, para cada acontecimiento vivido los participantes debían responder a la pregunta “¿Con qué frecuencia le vienen a la cabeza recuerdos y pensamientos sobre este acontecimiento provocándole malestar o amargura?”. Las opciones de respuesta para esta pregunta fueron de tipo Likert de 4 opciones (0= nunca; 1 =alguna vez; 2 = bastante, 3 = mucho). El formato específico de esta escala se puede consultar en el Anexo 1.

Como se comentó en el capítulo 2, el pensamiento rumiativo acerca de experiencias pasadas parece estar relacionado con la dificultad experimentada por las personas en el proceso de aceptación de dichas experiencias (Nolen-Hoeksema, 2001). La tendencia al pensamiento rumiativo se ha relacionado significativamente con el malestar emocional (Caselli et al., 2008; Johnson et al., 2008; Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema et al., 2007).

Cabe destacar que la medida que se presenta en este trabajo está basada en la estrategia de rumiación como estrategia estable (variable rasgo) de regulación emocional (Nolen-Hoeksema et al., 2008), que se ha desarrollado ampliamente en el capítulo 2. Sin embargo, la medida de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales no pretende evaluar el estilo rumiativo de la persona mayor sino, más bien, un tipo específico de pensamiento rumiativo que la persona presenta en la actualidad y que está asociado y relacionado específicamente con los sucesos vitales acaecidos a lo largo de su vida. Además, no se trata de una medida de evaluación de la rumiación ante los sucesos vitales en el momento en el que ocurren, sino más bien, el pensamiento (caracterizado y basado en rumiaciones) que se activa en la persona en el momento actual al recordar los eventos vitales pasados (tanto los positivos como los negativos) y que producen un evidente malestar hoy por hoy.

### **5.3.1.3. Escala de crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP)**

El crecimiento personal se ha mostrado como una variable relevante en la investigación sobre las experiencias vitales estresantes. Ya se ha señalado en el capítulo 2



de este trabajo la existencia de efectos positivos surgidos a partir de la vivencia de experiencias vitales traumáticas (Calhoun y Tedeschi, 1999; Páez et al., 2011).

A través de la escala de crecimiento personal asociado a sucesos vitales pasados (ECP) se pretende evaluar la experiencia de crecimiento y aprendizaje personal experimentado por las personas a partir de la vivencia de sucesos vitales informados en la escala de ocurrencia. Esta variable se formula a través de la siguiente pregunta: “¿Hasta qué punto ha extraído algo positivo (aprendizaje, crecimiento personal) de esta experiencia?”. Las opciones de respuesta para esta pregunta fueron de tipo Likert con 4 opciones (0= nada; 1 = algo; 2 = bastante, 3 = mucho). El formato específico de esta escala se puede consultar en el Anexo 1.

Cabe insistir que la medida que se propone en esta tesis doctoral no es una medida directa del constructo de crecimiento postraumático, aunque sí está basada en él. Más bien, el tipo de crecimiento que se pretende evaluar a través del instrumento desarrollado se refiere a la valoración que hace la persona en el momento presente respecto al grado en que ha sido capaz de extraer algún tipo de beneficio positivo, en forma de aprendizaje o crecimiento personal de su experiencia de cada uno de los eventos vitales. Por lo tanto, la variable propuesta pretende evaluar la capacidad de crecer o encontrar aspectos positivos a partir del suceso vital (variable de afrontamiento o mediadora) y no tanto el tipo o cantidad de crecimiento que ha obtenido o no (como variable resultado).

### **5.3.2. Análisis psicométricos de las escalas de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales pasados**

#### **5.3.2.1. Escala de ocurrencia de sucesos vitales**

#### **Análisis descriptivos**

Se han realizado análisis descriptivos de la ocurrencia de los sucesos vitales. El suceso que menor porcentaje de ocurrencia presenta en la muestra estudiada es la separación o divorcio (sólo el 12.2 % ha experimentado este suceso). Por el contrario, el suceso que más

se ha experimentado ha sido el del matrimonio (84.5%). Los resultados pueden consultarse en la Tabla 4.

**Tabla 5. 4.** Frecuencia de sucesos vitales

Ocurrencia de sucesos vitales		Frecuencia	Porcentaje
1. Matrimonio	No	61	15.5
	Si	332	84.5
2. Nacimiento de hijos/nietos	No	76	19.3
	Si	317	80.7
3. Separación/divorcio	No	345	87.8
	Si	48	12.2
4. Fallecimiento cónyuge	No	263	66.9
	Si	130	33.1
5. Fallecimiento de otro familiar	No	63	16.0
	Si	330	84.0
6. Conflicto familiar importante	No	264	67.2
	Si	129	32.8
7. Enfermedad (física o mental) importante de uno mismo	No	249	63.4
	Si	144	36.6
8. Enfermedad (física o mental) importante de una persona cercana	No	178	45.3
	Si	215	54.7
9. Conocer nuevas amistades	No	116	29.5
	Si	277	70.5
10. Conflictos con amistades	No	270	68.7
	Si	123	31.3
11. Viajes realizados	No	88	22.4
	Si	305	77.6
12. Experiencias o cambios de tipo laboral	No	209	53.2
	Si	184	46.8
13. Problemas económicos	No	238	60.6
	Si	155	39.4
14. Experiencias traumáticas personales o de personas cercanas (por ej. accidente de tráfico)	No	249	63.4
	Si	144	36.6

En relación al ítem 14 (experiencias traumáticas personales o de personas cercanas), sólo 32 personas de la muestra describieron cuál había sido la experiencia traumática vivida. Los sucesos que se han encontrado descritos por los participantes han sido los siguientes: accidente de un hijo, cambios de vivienda, conversión religiosa, corte en la oreja con un hacha, cuidado de personas mayores, muerte de dos hijos, no conocer a su madre, emigración, vivir en un orfanato, salir del seminario por una sordera, separación de un hijo,

infidelidad en el matrimonio, estancia del cónyuge en residencia, inicio de la sobriedad, y repetida exposición a intervenciones quirúrgicas.

El análisis de diferencia de medias en la ocurrencia de sucesos vitales positivos y negativos en la muestra total (ver Tabla 5.5) no ha mostrado diferencias significativas en su ocurrencia ( $p = .93$ ).

**Tabla 5. 5.** Diferencia de medias en la ocurrencia de sucesos vitales positivos y negativos en la muestra global

Ocurrencia de sucesos vitales	Media	d.t	t
Sucesos vitales positivos	3.60	1.22	-.80
Sucesos vitales negativos	3.61	2.06	

El análisis de diferencia de medias de la ocurrencia de sucesos vitales positivos y negativos en función del sexo sí ha mostrado diferencias significativas en la ocurrencia de sucesos vitales positivos ( $p = .00$ ), siendo los hombres los que mayor número de sucesos vitales positivos ha experimentado (ver Tabla 5.6).

**Tabla 5. 6.** Diferencia de medias (t de Student para muestras independientes) en sucesos vitales positivos y negativos en función del sexo.

Ocurrencia de sucesos vitales		N	Media	d.t	t
Sucesos vitales positivos	Mujeres	276	3.41	1.24	-4.77**
	Hombres	117	4.04	1.07	
Sucesos vitales negativos	Mujeres	276	3.69	2.03	1.34
	Hombres	117	3.39	2.15	

\*\* $p \leq .01$

El análisis de diferencia de medias de la ocurrencia de sucesos vitales positivos y negativos en función del rango de edad ha mostrado diferencias significativas ( $F = 3.92$ ;  $p \leq .05$ ) en los sucesos vitales positivos en función del rango de edad (ver tabla 5.7). Concretamente, el estadístico de Tukey ( $HSD = -.34$ ;  $p = .02$ ) indica que las diferencias significativas se encuentran entre el grupo de menos edad (de 60 a 69 años) y edad

intermedia (de 70-79 años), siendo las personas de entre 70 y 79 años, las que mayor número de sucesos vitales positivos han informado haber vivido.

**Tabla 5. 7.** Diferencia de medias (ANOVA de un factor) en las puntuaciones de ocurrencia de sucesos vitales positivos y negativos en función del rango de edad.

Ocurrencia de sucesos vitales		N	Media	d.t	F
Sucesos vitales positivos	60-69	162	3.39	1.39	3.92*
	70-79	171	3.74	1.04	
	80-92	60	3.75	1.15	
Sucesos vitales negativos	60-69	162	3.58	2.05	1.45
	70-79	171	3.49	2.12	
	80-92	60	4.0	1.91	

\*.  $p \leq .05$

Así mismo, se ha analizado la relación entre la ocurrencia de sucesos vitales y las dos variables resultado principales utilizadas en este estudio: sintomatología depresiva y bienestar psicológico, calculando una aproximación a la correlación biserial puntual mediante el estadístico Eta (ver tabla 5.8.). Puede observarse que la sintomatología depresiva se relaciona de forma significativa y positiva con el fallecimiento del cónyuge y con haber sufrido un conflicto familiar importante, y de forma negativa con los sucesos conocer nuevas amistades y experiencias o cambios de tipo laboral. Por otro lado, el bienestar psicológico ha mostrado relación significativa y positiva con conocer nuevas amistades, viajes realizados y experiencias o cambios de tipo laboral, y negativa con fallecimiento del cónyuge.

**Tabla 5. 8.** Estadístico Eta para el cálculo de correlación biserial puntual de la ocurrencia de cada suceso vital con sintomatología depresiva y bienestar psicológico

	Sintomatología depresiva	Bienestar psicológico
1. Matrimonio	.08	-.01
2. Nacimiento de hijos/nietos	.01	.05
3. Separación/divorcio	.09	-.07
4. Fallecimiento cónyuge	.21**	-.15**
5. Fallecimiento de otro familiar cercano	-.05	.04
6. Conflicto familiar importante	.16**	-.08

	Sintomatología depresiva	Bienestar psicológico
7. Enfermedad importante (física o mental) de uno mismo	.05	.01
8. Enfermedad (física o mental) de alguien cercano	.07	.04
9. Conocer nuevas amistades	-.19**	.15**
10. Conflictos con amistades	.02	-.03
11. ¿Algún viaje realizado?	-.10	.11*
12. Experiencias o cambios de tipo laboral.	-.15**	.13**
13. Problemas económicos	.04	-.07
14. Experiencias traumáticas personales o de personas cercanas (por ej.. accidente de tráfico)	.05	-.05

\*\* :  $p \leq .01$ ; \* :  $p \leq 0.05$

## Análisis de factores

La dimensionalidad de la escala de ocurrencia de sucesos vitales, evaluada a través de un análisis de acuerdo interjueces (ver Tabla 5.9), ha mostrado un índice de concordancia W de Kendall de 0.78 (Chi cuadrado = 102.15;  $p < 0.00$ ). Como puede observarse en la Tabla 5.9, las valoraciones de los jueces han dado lugar a dos categorías o dimensiones de los sucesos vitales una positiva, y otra negativa.

**Tabla 5. 9.** Concordancia entre jueces de la valencia de los sucesos vitales

Sucesos vitales	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Juez 8	Juez 9	Juez 10	Valencia final
1. Matrimonio	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Positivo
2. Nacimiento de hijos/nietos	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Positivo
3. Separación/divorcio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Negativo
4. Fallecimiento cónyuge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Negativo
5. Fallecimiento de otro familiar cercano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Negativo
6. Conflicto familiar importante	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Negativo
Sucesos vitales	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Juez 8	Juez 9	Juez 10	Valencia final
7. Enfermedad importante (física o mental) de uno mismo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Negativo
8. Enfermedad (física o mental) de alguien cercano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Negativo
9. Conocer nuevas amistades	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Positivo
10. Conflictos con amistades	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Negativo
11. ¿Algún viaje realizado?	+	+	***	+	+	+	+	+	+	+	Positivo
12. Experiencias o cambios de tipo laboral.	+	+	***	+	+	+	+	+	***	-	Positivo
13. Problemas económicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Negativo
14. Experiencias traumáticas personales o de personas cercanas (por ej., accidente de tráfico)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Negativo

+: suceso positivo; -: suceso negativo; \*\*\*: dudoso

## Fiabilidad

El análisis de la consistencia interna de esta escala ha mostrado un índice KR-20 para la escala global de 0.70, de 0.5 para la subescala de sucesos positivos y de 0.64 para los sucesos negativos.

## Validez de criterio

Como se puede observar en la Tabla 5.10, la ocurrencia de sucesos vitales positivos se asocia de manera significativa y negativa con el nivel de depresión y ansiedad, y de forma significativa y positiva con los niveles de bienestar psicológico y vitalidad. Por otro lado, la ocurrencia de sucesos negativos se relaciona de forma significativa y positiva con depresión, y de forma negativa con los niveles de satisfacción con la vida y función física.

**Tabla 5. 10.** Correlaciones entre la ocurrencia de eventos vitales e indicadores de salud mental y física

	Sintomatología depresiva	Ansiedad	Bienestar psicológico	Satisfacción con la vida	Función física	Vitalidad
Ocurrencia sucesos vitales positivos (EO+)	-0.14**	-0.14**	0.16**	0.07	0.06	0.15**
Ocurrencia sucesos vitales negativos (EO-)	0.15**	0.07	-0.08	-0.15**	-0.15**	-0.07

\*\* $: p \leq .01$ ;

Asimismo, se han llevado a cabo análisis de regresión lineal para comprobar el valor predictivo de los sucesos vitales positivos y negativos respecto a las variables dependientes propuestas en el modelo de estrés señalado.

En el caso de la sintomatología depresiva, tal y como puede verse en la Tabla 5.11, se han encontrado efectos principales tanto de los sucesos vitales positivos como de los sucesos vitales negativos sobre la sintomatología depresiva. El modelo propuesto es significativo ( $F = 14.81$ ;  $p \leq .00$ ), y explica un 7% de la varianza de la sintomatología depresiva.

**Tabla 5. 11.** Coeficientes de regresión para sintomatología depresiva

		$\beta$	t	$\Delta R^2$
<b>Paso 1</b>	(constante)		13.85	
	Sucesos positivos	-.14	-2.75**	0.02**
<b>Paso 2</b>	(constante)		13.24 **	
	Sucesos positivos	-.25	-4.56**	0.05**

	Sucesos negativos	.25	4.65**
--	-------------------	-----	--------

$\Delta R^2$ : incremento del porcentaje de varianza explicado; \*\*:  $p \leq .01$

Los datos obtenidos considerando como variable criterio el bienestar psicológico se muestran en Tabla 5.12. Se han obtenido resultados similares a los obtenidos para la sintomatología depresiva. Así, el modelo propuesto es significativo ( $F = 10.71$ ;  $p \leq .00$ ), y explica un 6 % de la varianza del bienestar psicológico. Los efectos principales se han encontrado tanto para los sucesos positivos como para los negativos.

**Tabla 5. 12.** Coeficientes de regresión para bienestar psicológico

		$\beta$	t	$\Delta R^2$
<b>Paso 1</b>	(constante)		34.61**	0.03**
	Sucesos positivos	0.16	3.20**	
<b>Paso 2</b>	(constante)		35.13**	0.03**
	Sucesos positivos	.24	4.35**	
	Sucesos negativos	-0.18	-3.30**	

$\Delta R^2$ : incremento del porcentaje de varianza explicado; \*\*:  $p \leq .01$

### 5.3.2.2. Escala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales

#### Análisis descriptivos de los ítems

Se han llevado a cabo los análisis descriptivos de las puntuaciones medias de pensamiento rumiativo (las opciones de respuesta tienen un rango de 0-2, de menor a mayor pensamiento rumiativo) sobre cada suceso vital en la muestra global, así como en función del sexo (hombres y mujeres). Además, se ha llevado a cabo un análisis descriptivo con las medias y desviaciones típicas de rumiación sobre cada suceso vital en personas con sintomatología depresiva (puntuación total en CES-D  $\geq 16$ ) y sin sintomatología depresiva (puntuación total en CES-D  $< 16$ ). En estos dos últimos casos se realizaron las correspondientes comparaciones de medias para muestras independientes (prueba t). Los resultados se muestran en la Tabla 5.13.

En primer lugar se puede observar (ver Tabla 5.13) que en la muestra general el suceso vital ante el que más pensamiento rumiativo se ha encontrado es ante el fallecimiento del cónyuge, seguido del fallecimiento de otro familiar cercano.



Por el contrario el suceso en el que menos pensamiento rumiativo se ha encontrado ha sido el de viajes realizados, seguido del nacimiento de hijos nietos.

**Tabla 5. 13.** Medias y desviaciones típicas de pensamiento rumiativo sobre cada sucesos vital en función del sexo y de la sintomatología depresiva (CED-D).

Sucesos vitales	Muestra total		Hombre		Mujer		t	CES-D≤16		CES-D≥16		t
			Media	d.t	Media	d.t		Media	d.t	Media	d.t	
1. Matrimonio	.68	.82	.58	.73	.73	.86	1.62	.54	.71	.86	.91	-3.34**
2. Nacimiento de hijos/nietos	.39	.74	.38	.70	.39	.76	.08	.24	.58	.57	.88	-3.59**
3. Separación/divorcio	1.11	1.20	1.00	1.05	1.15	1.25	.37	.83	1.07	1.43	1.28	-1.67
4. Fallecimiento cónyuge	1.86	1.06	1.53	1.17	1.92	1.03	1.27	1.60	1.10	2.05	.99	-2.19*
5. Fallecimiento de otro familiar cercano	1.73	.93	1.48	.93	1.85	.91	3.09*	1.54	.91	1.98	.91	-4.01**
6. Conflicto familiar importante	1.48	1.05	1.19	.91	1.59	1.08	1.95†	1.07	.98	1.83	.98	-4.13**
7. Enfermedad importante (física o mental) de uno mismo	1.35	1.01	1.02	.92	1.49	1.03	2.65*	1.08	.91	1.65	1.04	-3.41**
8. Enfermedad (física o mental) de alguien cercano	1.51	.99	1.32	.85	1.59	1.03	1.81	1.23	.94	1.82	.96	-4.30**
9. Conocer nuevas amistades	.49	.77	.51	.81	.48	.75	-.32	.38	.74	.66	.77	-2.73**
10. Conflictos con amistades	.87	.84	.97	.86	.84	.83	-.69	.79	.83	.95	.84	-1.07
11. ¿Algún viaje realizado?	.36	.70	.35	.67	.37	.71	.16	.29	.66	.47	.74	-1.96*
12. Experiencias o cambios de tipo laboral.	.58	.83	.54	.81	.61	.84	.47	.43	.70	.85	.96	-2.93**
13. Problemas económicos	1.01	.90	.94	.78	1.05	.97	.70	.84	.78	1.18	.99	-2.21*
14. Experiencias	1.33	.97	1.21	.94	1.40	.98	1.04	1.09	.83	1.62	1.04	-3.15**

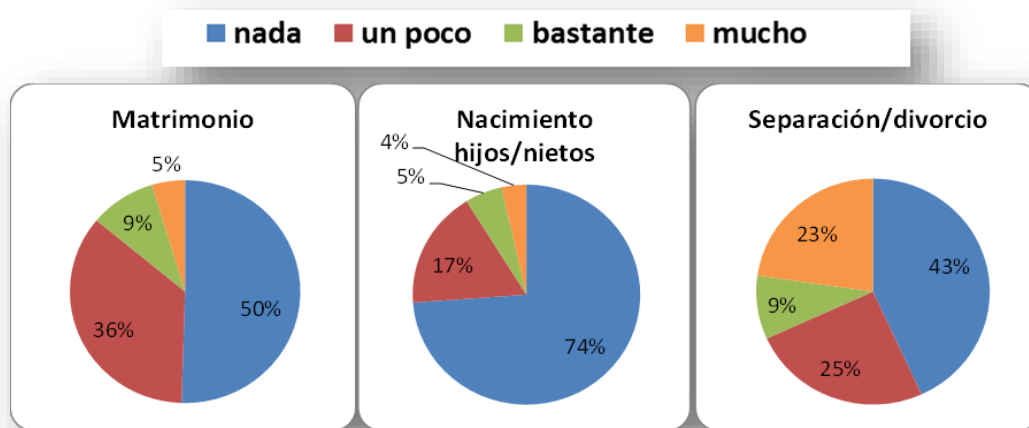
Sucesos vitales	Muestra total	Hombre		Mujer		t	CES-D≤16		CES-D≥16		t
		Media	d.t	Media	d.t		Media	d.t	Media	d.t	
traumáticas personales o de personas cercanas (por ej., accidente de tráfico)											

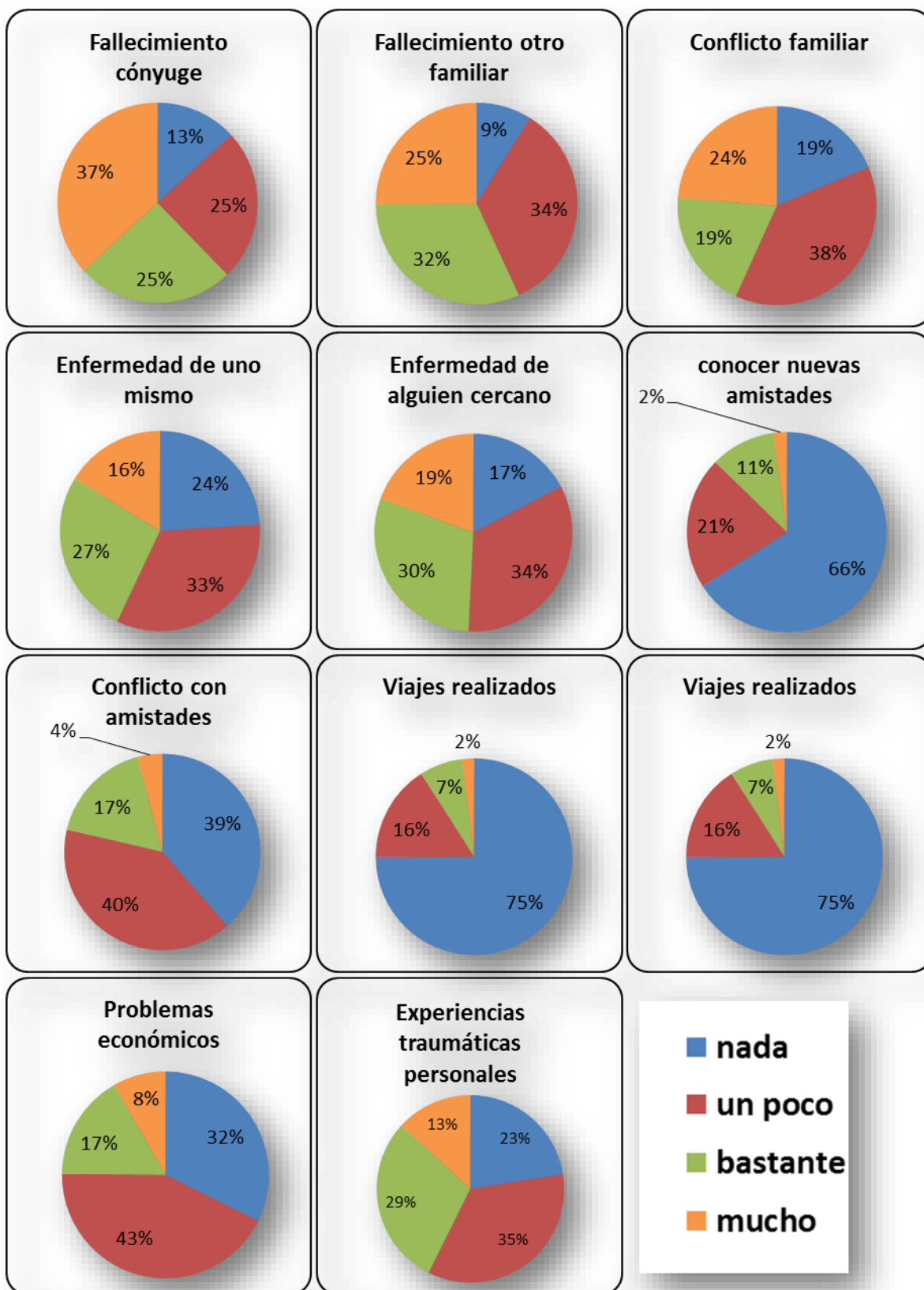
\*\* $p \leq .01$ ; \* $p \leq .05$ ; † $p \leq 0.06$

Tal y como puede verse en la Tabla 5.13, únicamente se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en pensamiento rumiativo sobre el fallecimiento de otro familiar cercano y enfermedad de uno mismo, siendo las mujeres las que mayores puntuaciones ofrecen. Por el contrario, el conflicto familiar importante ha presentado una probabilidad cercana a la significación ( $p = 0.055$ ), siendo los hombres los que menores puntuaciones han obtenido.

En las puntuaciones obtenidas según el perfil de sintomatología depresiva se aprecia que las personas con altos índices de sintomatología depresiva presentan mayores niveles de pensamiento rumiativo en todos los sucesos vitales, siendo estas diferencias significativas en todos los sucesos vitales salvo en la separación/divorcio y conflictos con amistades.

Por otro lado, se han calculado las frecuencias de las opciones de respuestas de pensamiento rumiativo para cada suceso vital. Los gráficos se muestran en la Figura 5.2. Se puede comprobar que los sucesos vitales en los que se identifica un mayor porcentaje de respuesta en la máxima puntuación (3=mucho) son el fallecimiento del cónyuge (37% de personas presentan “muchacha” frecuencia de pensamientos rumiativos) y el fallecimiento de otro familiar (25% de respuestas de “muchacha frecuencia” de pensamientos que le provocan malestar o amargura). Por el contrario, los ítems en los que mayor frecuencia de puntuación mínima se ha obtenido (0 = nada) es en el nacimiento de hijos/nietos (un 74% de personas presentan “nunca” como frecuencia de pensamientos rumiativos) y en viajes realizados (75% de personas han respondido que “nunca” experimentan pensamientos rumiativos en relación a ese suceso).

**Figura 5. 2.** Distribución de frecuencias de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales



Se han calculado las correlaciones entre el pensamiento rumiativo asociado a cada suceso vital con la sintomatología depresiva y el bienestar psicológico. Tal y como puede verse en la Tabla 5.14, todas las variables correspondientes a cada uno de los sucesos correlacionan de forma positiva con sintomatología depresiva y negativa con bienestar psicológico.

**Tabla 5. 14.** Correlaciones bivariadas entre pensamiento rumiativo sobre cada suceso vital y sintomatología depresiva y bienestar psicológico

Pensamiento rumiativo sobre los sucesos vitales	Sintomatología depresiva	Bienestar psicológico
1. Matrimonio	.24**	-.29**
2. Nacimiento de hijos/nietos	.24**	-.08
3. Separación/divorcio	.23	-.10
4. Fallecimiento cónyuge	.17	-.16
5. Fallecimiento de otro familiar cercano	.25**	-.18**
6. Conflicto familiar importante	.38**	-.23*
7. Enfermedad importante (física o mental) de uno mismo	.28**	-.22**
8. Enfermedad (física o mental) de alguien cercano	.34**	-.15*
9. Conocer nuevas amistades	.19**	-.23**
10. Conflictos con amistades	.09	-.10
11. ¿Algún viaje realizado?	.10	-.20**
12. Experiencias o cambios de tipo laboral.	.18*	-.15
13. Problemas económicos	.23**	-.10
14. Experiencias traumáticas personales o de personas cercanas (por ej.. accidente de tráfico)	.30**	-.17

\*\* :  $p \leq .01$ ; \* :  $p \leq .05$

## Análisis factorial confirmatorio

Se comprobó el ajuste del modelo bidimensional obtenido a partir del análisis interjueces realizado para la escala de ocurrencia (sucesos positivos y negativos; factores correlacionados) a través de análisis factoriales confirmatorios (AFC). Los resultados muestran un ajuste excelente de los datos para el modelo bidimensional, como puede verse en la Tabla 5.15.

Asimismo, se analizó el ajuste de los datos a un modelo unidimensional para cada una de las subescalas (EPR+ y EPR-). Los resultados mostraron un ajuste excelente de los datos para

la escala de pensamiento rumiativo sobre sucesos negativos (EPR-) y un ajuste aceptable para la escala de sucesos positivos (EPR+) (ver Tabla 5.15).

**Tabla 5. 15.** Índices de ajuste de la escala de pensamiento rumiativo (EPR)

Escala de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales pasados	Ajuste absoluto		Ajuste comparativo		Índices de residuos	
	$\chi^2$	$\chi^2 / gl$	CFI	TLI	WRMR	RMSEA
Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales escala global (EPR) (Modelo bidimensional)	96.93	1.27	.97	.97	.81	.03
Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales positivos (EPR+) (Modelo unidimensional)	16.39	3.27	.97	.95	.72	.08
Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales negativos (EPR-) (modelo unidimensional)	35.5	1.31	.98	.97	.67	.03

$\chi^2$ : Chi cuadrado; gl: Grados de libertad; CFI: Índice de Ajuste Comparativo; TLI: Índice de Tucker-Lewis; WRMR: Raíz Cuadrada Media Residual Ponderada; RMSEA: Raíz del Error Cuadrático Medio de Aproximación

\*  $p \leq .01$

## Fiabilidad

Con base en los datos obtenidos en la escala de ocurrencia de sucesos vitales, se han realizado tres análisis de fiabilidad. Por un lado, se ha llevado a cabo el análisis de consistencia interna de la escala global de pensamiento rumiativo (EPR) y, por otro, se ha analizado la consistencia interna tanto de la subescala de pensamiento rumiativo sobre sucesos positivos (EPR+) como de la subescala de pensamiento rumiativo sobre sucesos negativos (EPR-). Para la escala global de pensamiento rumiativo se obtuvo un índice de alpha ordinal de 0.88. Para las subescalas de pensamiento rumiativo, los alphas ordinales obtenidos han sido de 0.85 para la subescala de sucesos positivos (EPR+) y 0.84 para la de sucesos vitales negativos (EPR-).

## Validez convergente

La validez convergente de la escala se ha evaluado a través del análisis de las correlaciones bivariadas (ver Tabla 5.16) entre la escala global de pensamiento rumiativo (EPR) y subescalas (EPR+ y EPR-) con la escala de estilo rumiativo de Jackson y Nolen-Hoeksema (1998). En todos los casos la asociación encontrada ha sido significativa.

**Tabla 5. 16.** Correlaciones de Pearson de las escalas de pensamiento rumiativo (EPR) y sus subescalas (EPR+ y EPR-) con la escala de Estilo Rumiativo

	Estilo rumiativo (RRS)
Pensamiento rumiativo sobre sucesos escala global (EPR)	0.41**
Pensamiento rumiativo sobre sucesos positivos (EPR+)	0.24**
Pensamiento rumiativo sobre sucesos negativos (EPR-)	0.38**

\*\*:  $p \leq .01$ 

### Validez de criterio

La validez de criterio de la escala global de pensamiento rumiativo (EPR) y las subescalas (EPR+ y EPR-) se ha obtenido a través de análisis de correlaciones bivariadas con variables de malestar psicológico y bienestar emocional. Como se muestra en la Tabla 5.17, se han encontrado relaciones significativas en las direcciones esperadas entre todas las variables planteadas en el estudio. Concretamente, la escala global (EPR) y la subescala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales negativos (EPR-) presentan una relación significativa y positiva con depresión y ansiedad, y negativa con bienestar psicológico, satisfacción con la vida, función física y vitalidad.

**Tabla 5. 17.** Correlaciones bivariadas entre la escala de pensamiento rumiativo (EPR) y sus subescalas (EPR+ y EPR-) y las variables de malestar psicológico y bienestar emocional

	Sintomatología depresiva	Ansiedad	Bienestar psicológico	Satisfacción con la vida	Función física	Vitalidad
Pensamiento rumiativo sobre sucesos escala global (EPR)	0.43**	0.26**	-0.34**	-0.37**	-0.17**	-0.31**
Pensamiento rumiativo sobre sucesos positivos (EPR+)	0.30**	0.13*	-0.29**	-0.27**	-0.05	-0.15**
Pensamiento rumiativo sobre sucesos negativos (EPR-)	0.35**	0.27**	-0.26**	-0.30**	-0.15**	-0.37**

\*\*:  $p \leq .01$ ; \*:  $p \leq .05$ 

Asimismo, se han llevado a cabo análisis de regresión jerárquica para comprobar la capacidad del pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR+ y EPR-) para predecir la sintomatología depresiva y el bienestar psicológico.

En el caso de la sintomatología depresiva, tal y como puede verse en la Tabla 5.18, se han encontrado efectos principales de ambas subescalas (EPR+ y EPR-) proponiéndose un modelo estadísticamente significativo ( $F = 37.31$ ;  $p \leq .00$ ), que explica un 18% de la varianza de la sintomatología depresiva. Además, se ha realizado una regresión lineal con la escala global de pensamiento rumiativo (EPR), obteniendo una  $t = 9.17$  ( $p=.000$ ) y una  $\beta = .43$  ( $p=.000$ ). En este caso, el modelo es también estadísticamente significativo ( $F = 84.18$ ;  $p \leq .00$ ) y explica un 18,8 % de la varianza de la sintomatología depresiva.

**Tabla 5. 18.** Explicación de la sintomatología depresiva a través del pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR+ y EPR-)

		$\beta$	t	$\Delta R^2$
<b>Paso 1</b>	(constante)		20.94**	
	Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales positivos	.30	5.70**	0.09**
<b>Paso 2</b>	(constante)		8.27**	
	Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales positivos	.23	4.45**	0.09**
	Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales negativos	.31	6.20**	

$\Delta R^2$ : incremento del porcentaje de varianza explicado; \*\*:  $p \leq .01$

En cuanto a la variable de bienestar psicológico, los resultados se muestran en la Tabla 5.19. Se encuentran resultados similares a los anteriores, obteniéndose un modelo estadísticamente significativo ( $F = 22.95$ ;  $p \leq .00$ ) que explica un 12 % de la varianza del bienestar psicológico y en el que tanto la subescala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales positivos como negativos presentan efectos principales en la explicación del bienestar psicológico. Además, se ha calculado la regresión lineal con la escala global de pensamiento rumiativo (EPR), obteniéndose una  $t = -6.91$  ( $p=.000$ ) y una  $\beta = -.34$  ( $p=.000$ ). El modelo explicativo de la escala conjunta de pensamiento rumiativo sobre el bienestar psicológico es estadísticamente significativo ( $F = 47.83$ ;  $p \leq .00$ ), y explica un 11.6 % de la varianza del bienestar psicológico.

**Tabla 5. 19.** Explicación del bienestar psicológico a través del pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR+ y EPR-)

		$\beta$	t	$\Delta R^2$
<b>Paso 1</b>	(constante)		85.77**	.08**
		-.29	-5.43**	



<b>Paso 2</b>	Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales positivos			
	(constante)		55.60**	.04**
	Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales positivos	-.24	-4.52**	
	Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales negativos	-.20	-3.88**	

$\Delta R^2$ : incremento del porcentaje de varianza explicado; \*\*:  $p \leq .01$

## Análisis descriptivo de la escala

### *En función de la valencia de los sucesos vitales*

Se han realizado análisis para explorar las diferencias en las puntuaciones de pensamiento rumiativo en función de la valencia de los sucesos vitales: sucesos positivos vs. sucesos negativos. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambas puntuaciones, obteniéndose una puntuación media superior en la escala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales negativos, que en los positivos (ver Tabla 5.20).

**Tabla 5. 20.** Diferencias de medias (prueba t para muestras relacionadas) en pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales positivos y negativos

	Media	d.t	t
Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales positivos	.53	.62	
Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales negativos	1.47	.77	19.47**

\*\* :  $p \leq .01$

### *En función de la edad*

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la comparación de puntuaciones medias de pensamiento rumiativo, tanto en sucesos positivos ( $F = .08$ ;  $p = .92$ ) como en negativos ( $F = .85$ ;  $p = .87$ ), en función de la edad (menor edad, edad intermedia y edad avanzada) (ver Tabla 21).

**Tabla 5. 21.** Diferencia de medias en puntuaciones de pensamiento rumiativo asociado a sucesos vitales positivos y negativos en función del rango de edad.

		N	Media	d.t	F
Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales positivos	60-69	162	.54	.63	.13
	70-79	171	.52	.57	
	80-92	60	.54	.70	
Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales negativos	60-69	162	1.49	.81	.08
	70-79	171	1.45	.71	
	80-92	60	1.45	.81	

*En función del sexo*

Se han realizado análisis para explorar las diferencias en función del sexo en las variables de pensamiento rumiativo (ver Tabla 5.22), encontrando diferencias significativas en la escala global de pensamiento rumiativo (EPR) y en la subescala de sucesos negativos (EPR-): las mujeres muestran mayores puntuaciones que los hombres. No se han encontrado diferencias en la subescala de pensamiento sobre sucesos positivos (EPR+).

**Tabla 5. 22.** Diferencias de medias en la escala de pensamiento rumiativo (EPR) y sus subescalas (EPR+ y EPR-) en función del sexo

	Sexo	Media	d.t.	t
Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales positivos (EPR+)	Mujer	.54	.62	.41
	Hombre	.51	.62	
Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales negativos (EPR-)	Mujer	1.55	.77	3.11**
	Hombre	1.28	.75	
Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR)	Mujer	1.05	.59	3.86**
	Hombre	.80	.56	

\*\* $p \leq .01$

*En función de la sintomatología depresiva*

Se ha llevado a cabo un análisis de diferencia de medias de las puntuaciones de pensamiento rumiativo ante sucesos vitales en personas con sintomatología depresiva (puntuación total en CES-D  $\geq 16$ ) y sin sintomatología depresiva (puntuación total en CES-D  $< 16$ ). La Tabla 5.23 muestra que existen diferencias significativas entre estos grupos tanto en la escala global (EPR) como en las subescalas de pensamiento rumiativo sobre sucesos positivos (EPR+) y negativos (EPR-). Concretamente, las personas con posible depresión clínica tienen mayores puntuaciones de pensamiento rumiativo ante los sucesos vitales que las personas que puntúan por debajo del punto de corte de depresión clínica.

**Tabla 5. 23.** Diferencias de medias en la escala de pensamiento rumiativo (EPR) y sus subescalas (EPR+ y EPR-) en función de la sintomatología depresiva

	Sintomatología depresiva	N	Media	d.t	t
Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales positivos (EPR+)	No	192	.39	.53	-4.81**
	Si	158	.70	.67	
Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales negativos (EPR-)	No	192	1.25	.72	-6.31**
	Si	158	1.74	.74	
Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR)	No	201	.77	.52	-7.78**
	Si	165	1.22	.57	

\*\* $p \leq .01$

### 5.3.2.3. Escala de crecimiento personal asociado a sucesos vitales

#### Análisis descriptivos de los ítems

Se han llevado a cabo análisis descriptivos de las puntuaciones de crecimiento personal asociado a cada suceso vital (las opciones de respuesta tienen un rango de 0-2, de menor a mayor crecimiento personal) en función del sexo. Además, se ha llevado a cabo un análisis descriptivo con las medias y desviaciones típicas de crecimiento personal sobre cada suceso vital en personas con sintomatología depresiva (puntuación total en CES-D  $\geq 16$ ) y sin sintomatología depresiva (puntuación total en CES-D  $< 16$ ). Los resultados se muestran en la Tabla 5.24.

**Tabla 5. 24.** Medias y desviaciones típicas de crecimiento personal asociado a cada suceso vital en función del sexo y de la sintomatología depresiva

	Muestra total		HOMBRE		MUJER		t	CES-D ≤ 16		CES-D ≥ 16		t
			Media	d.t	Media	d.t		Media	d.t	Media	d.t	
1. Matrimonio	2.39	.77	2.56*	.68	2.30	.81	-2.95**	2.58	.60	2.15	.89	4.70**
2. Nacimiento de hijos/nietos	2.75	.51	2.69	.60	2.79	.47	1.5	2.83	.42	2.65	.60	2.91**
3. Separación/divorcio	1.45	1.30	1.27	1.49	1.52	1.24	.48	1.61	1.30	1.24	1.30	.89
4. Fallecimiento cónyuge	1.13	1.19	1.44	1.31	1.07	1.18	-1.03	1.18	1.21	1.08	1.20	.43
5. Fallecimiento de otro familiar cercano	1.23	1.15	1.31	1.14	1.20	1.16	-.79	1.18	1.12	1.31	1.20	-.96
6. Conflicto familiar importante	1.27	1.14	1.35	1.23	1.24	1.13	-.44	1.32	1.12	1.23	1.18	.40
7. Enfermedad importante (física o mental) de uno mismo	1.38	1.08	1.22	1.13	1.44	1.06	1.14	1.54	1.07	1.19	1.07	1.94*
8. Enfermedad (física o mental) de alguien cercano	1.29	1.13	1.23	1.09	1.32	1.16	.51	1.27	1.15	1.32	1.13	-.28
9. Conocer nuevas amistades	2.06	.82	2.09	.80	2.04	.84	-.42	2.09	.83	2.01	.82	.71
10. Conflictos con amistades	1.53	1.02	1.72	1.00	1.47	1.03	-.1.2	1.68	1.01	1.36	1.01	1.69
11. ¿Algún viaje realizado?	2.31	.80	2.27	.87	2.33	.77	.54	2.39	.760	2.19	.85	1.91†
12. Experiencias o cambios de tipo laboral.	2.01	.99	2.04	.98	1.99	1.01	-.35	2.06	1.01	1.93	.96	.77
13. Problemas económicos	1.52	1.05	1.62	1.01	1.47	1.08	-.79	1.69	1.04	1.32	1.04	2.06*
14. Experiencias traumáticas personales o de personas cercanas (por ej.. accidente de tráfico)	1.20	1.10	1.21	1.09	1.19	1.11	-.10	1.22	1.11	1.18	1.10	.19

\*\* $p \leq .01$ ; \* $p \leq .05$ ; † $p \leq 0.06$

Puede observarse (ver Tabla 5.24) que en la muestra global el suceso vital con más altos niveles de crecimiento personal es el nacimiento de hijos, seguido del matrimonio. Por el contrario, el que menos niveles de crecimiento tiene ha sido el fallecimiento del cónyuge, seguido de las experiencias traumáticas personales y el fallecimiento de un familiar cercano.

Tal y como puede verse en la Tabla 5.24, los hombres experimentan significativamente mayores índices de crecimiento personal que las mujeres ante el suceso

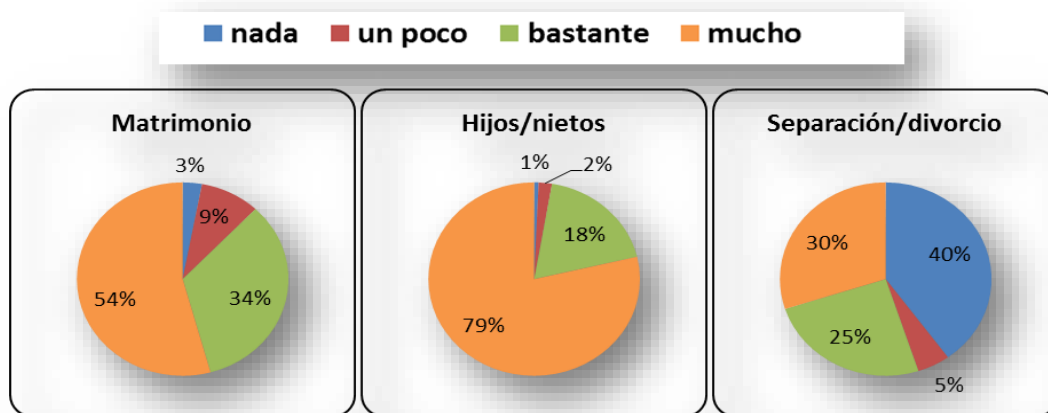
vital de matrimonio. Para el resto de sucesos vitales, no se han encontrado diferencias significativas.

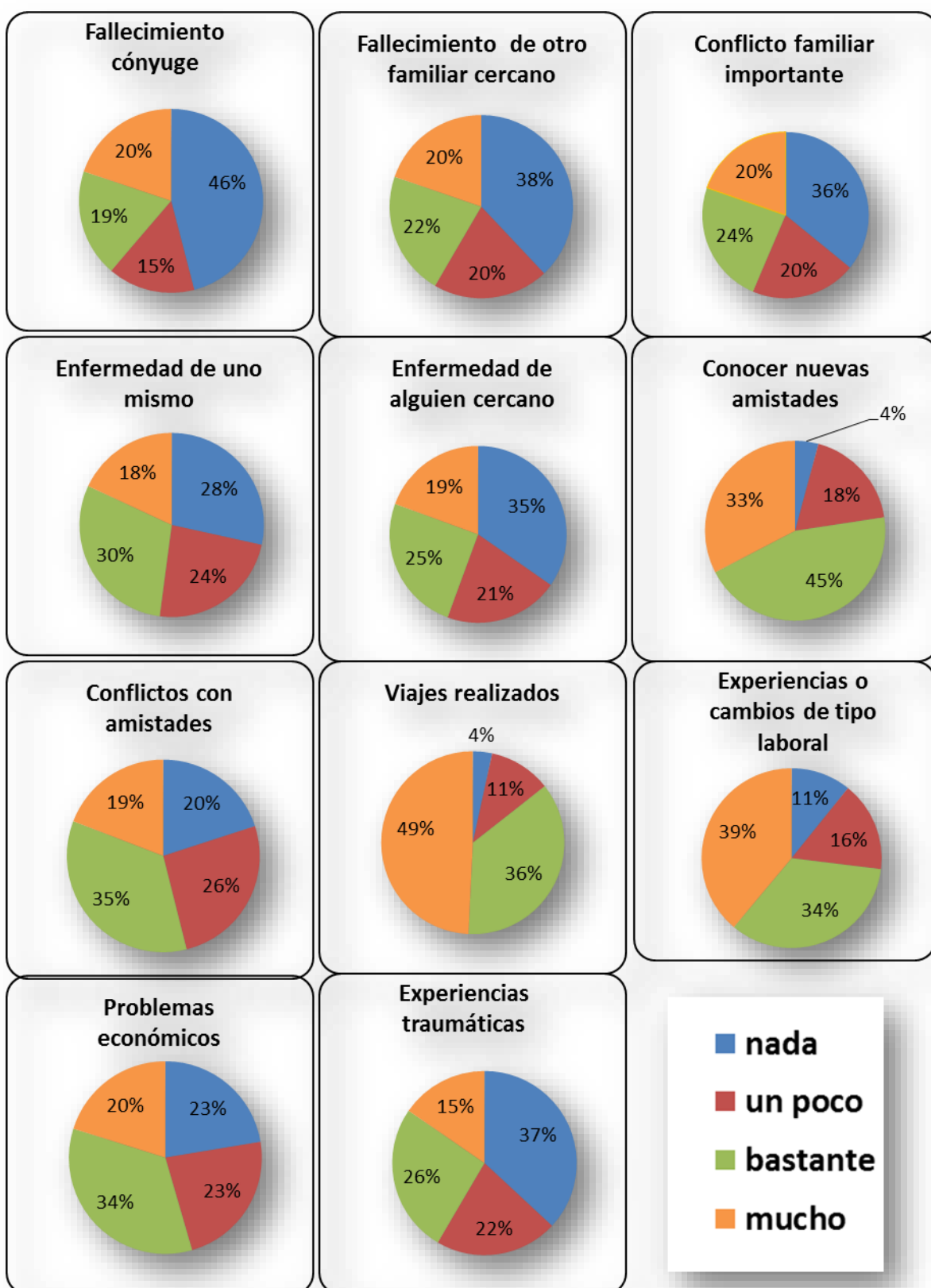
Por otro lado, los datos muestran que las personas sin sintomatología depresiva (puntuación total en CES-D < 16) presentan niveles de crecimiento personal estadísticamente mayores que las personas con bajos niveles de sintomatología depresiva (puntuación total en CES-D  $\geq$  16) en los sucesos siguientes: matrimonio, nacimiento de hijos, problemas económicos y enfermedad de uno mismo. Asimismo, se han encontrado índices cercanos a la significación en el suceso viajes realizados ( $p=0.057$ ).

Por otro lado, se analizó la frecuencia de respuestas por cada suceso vital en la variable de crecimiento personal (ver Figura 5.3). Se puede observar que los sucesos que mayor puntuación han recibido en crecimiento personal (puntuaciones de “mucho”) son el nacimiento de hijos y nietos (79% de las personas han señalado que han extraído “mucho” crecimiento de la experiencia) y el matrimonio (54%).

En relación a los sucesos vitales negativos, cabe señalar que la respuesta máxima de crecimiento (puntuación 3 = mucho crecimiento) ha sido seleccionada por un 20 % de personas en los sucesos de fallecimiento del cónyuge, de otro familiar y conflicto familiar importante y problemas económicos. Un porcentaje muy similar de respuesta se ha presentado en enfermedad importante de uno mismo (18% de personas responden que han crecido “mucho”), enfermedad de alguien cercano (19%), conflicto con amistades (19%) y experiencias traumáticas (15%).

**Figura 5.3** Distribución de frecuencias de crecimiento personal (ECP)





Por otro lado, se han calculado las correlaciones de crecimiento personal asociado a cada suceso vital con sintomatología depresiva y bienestar psicológico. Los resultados pueden verse en la Tabla 5.25.

**Tabla 5. 25.** Correlaciones bivariadas de crecimiento personal asociado a cada suceso vital y sintomatología depresiva y bienestar psicológico

	Sintomatología depresiva	Bienestar psicológico
1. Matrimonio	-.28**	.33**
2. Nacimiento de hijos/nietos	-.18**	.17**
3. Separación/divorcio	-.19	.19
4. Fallecimiento cónyuge	-.04	-.06
5. Fallecimiento de otro familiar cercano	.03	-.08
6. Conflicto familiar importante	-.10	.21*
7. Enfermedad importante (física o mental) de uno mismo	-.06	.04
8. Enfermedad (física o mental) de alguien cercano	.04	-.11
9. Conocer nuevas amistades	-.08	.24**
10. Conflictos con amistades	-.11	.20*
11. ¿Algún viaje realizado?	-.14*	.15*
12. Experiencias o cambios de tipo laboral.	-.09	.20*
13. Problemas económicos	-.23**	.10
14. Experiencias traumáticas personales o de personas cercanas (por ej.. accidente de tráfico)	-.15	.08

\*\* $p \leq .01$ ; \* $p \leq .05$ ; † $p \leq 0.06$

Se observan relaciones estadísticamente significativas para el crecimiento ante sucesos como el matrimonio, el nacimiento de hijos/nietos y viajes realizados, tanto con sintomatología depresiva como con bienestar psicológico. Por otro lado, el crecimiento asociado a otros sucesos como los problemas económicos presenta también relación estadísticamente significativa con sintomatología depresiva. A su vez, el crecimiento relacionado con las experiencias o cambios de tipo laboral, los conflictos con amistades, conocer nuevas amistades, o conflictos familiares importantes ha mostrado relaciones positivas estadísticamente significativas con bienestar psicológico. Es importante destacar que el crecimiento personal asociado a los sucesos negativos de conflicto familiar

importante y conflicto con amistades ha mostrado relaciones positivas y estadísticamente significativas con bienestar psicológico.

## Análisis factorial confirmatorio

Se analizó el ajuste del modelo bidimensional obtenido para la escala de ocurrencia a partir del análisis interjueces (sucesos positivos y negativos; factores correlacionados), a través de análisis factoriales confirmatorios (AFC). Los resultados muestran un mal ajuste de los datos para el modelo bidimensional, tal y como puede verse en la tabla 21.

Asimismo, se analizó el ajuste de los datos para cada una de las subescalas (ECP+ y ECP-) como modelos unidimensionales. Los resultados (ver Tabla 5.26) mostraron un ajuste marginalmente aceptable de los datos para la subescala de crecimiento personal asociado a sucesos negativos (ECP-) y no aceptable para la subescala de sucesos positivos (ECP+).

**Tabla 5. 26.** Índices de ajuste de la escala de crecimiento personal (ECP)

Escalas de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales pasados	Ajuste absoluto		Ajuste comparativo		Índices de residuos	
	$\chi^2$	$\chi^2 / \text{gl}$	CFI	TLI	WRMR	RMSEA
Crecimiento personal asociado a sucesos vitales escala global (ECP) (modelo bidimensional)	236.42 **	3.11	0.88	0.85	1.36	0.07
Crecimiento personal asociado a sucesos vitales positivos (ECP+) (modelo unidimensional)	47.34 **	9.46	0.83	0.65	1.25	0.15
Crecimiento personal ante sucesos vitales negativos (ECP-) (modelo unidimensional)	78.64 **	2.91	0.95	0.94	1.02	0.07

$\chi^2$ : Chi cuadrado; gl: Grados de libertad; CFI: Índice de Ajuste Comparativo; TLI: Índice de Tucker-Lewis; WRMR: Raíz Cuadrada Media Residual Ponderada; RMSEA: Raíz del Error Cuadrático Medio de Aproximación  
 \*\*  $p \leq .01$

## Fiabilidad

Al igual que se hizo con la escala de pensamiento rumiativo, y con base en los resultados obtenidos en la escala de ocurrencia de sucesos vitales, se han realizado tres análisis de fiabilidad. Por un lado, se lleva a cabo el análisis de consistencia interna de la escala global de crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP) y, por otro, se analiza la consistencia interna tanto de la subescala de crecimiento personal sobre sucesos



positivos (ECP+) como de la subescala de crecimiento personal sobre sucesos negativos (ECP-). Para la escala global de crecimiento personal se ha obtenido un índice alpha ordinal de 0.87. Para las subescalas de crecimiento personal, los alphas ordinales obtenidos han sido de 0.73 para la subescala de sucesos positivos (ECP+) y 0.90 para la de sucesos vitales negativos (ECP-).

### Validez convergente

Con respecto a la validez convergente, se han obtenido correlaciones positivas y significativas de la escala de crecimiento personal y sus subescalas con la variable de crecimiento personal de la Escala de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989) (Tabla 5.27).

**Tabla 5. 27.** Correlaciones entre las escalas de crecimiento personal (ECP) y sus subescalas (ECP+ y ECP-) y la escala de Crecimiento Personal (Ryff)

	Crecimiento personal (Ryff)
Crecimiento personal asociado a sucesos vitales escala global (ECP)	0.21**
Crecimiento personal asociado a sucesos vitales positivos (ECP+)	0.21**
Crecimiento personal asociado a sucesos vitales negativos (ECP-)	0.18**

\*\*.:  $p \leq .01$

### Validez de criterio

En relación a la validez de criterio, se han obtenido relaciones significativas y positivas de las escalas de crecimiento personal global con bienestar psicológico, función física y vitalidad, y significativas pero negativas con ansiedad y depresión (ver Tabla 5.28). La escala de crecimiento personal asociado a sucesos positivos ha mostrado una asociación significativa y negativa con sintomatología depresiva, y positiva y significativa con bienestar psicológico, satisfacción con la vida, función física y vitalidad. Por su parte, el crecimiento personal asociado a sucesos negativos ha mostrado una asociación significativa y negativa con las variables relacionadas con la salud física: función física y vitalidad.

**Tabla 5. 28.** Correlaciones de la escala de crecimiento personal (ECP) y sus subescalas (ECP+ y ECP-) con variables de malestar psicológico y bienestar emocional

	Sintomatología depresiva	Ansiedad	Bienestar psicológico	Satisfacción con la vida	Función física	Vitalidad
--	--------------------------	----------	-----------------------	--------------------------	----------------	-----------

Crecimiento personal asociado a sucesos vitales escala global (ECP)	-0.28**	-0.13**	0.18**	0.09	0.22*	0.19**
Crecimiento personal asociado a sucesos vitales positivos (ECP+)	-0.20**	-0.09	0.30**	0.13**	0.12*	0.12*
Crecimiento personal asociado a sucesos vitales negativos (ECP-)	-.064	-.081	0.00	-0.05	0.14*	0.14**

\*\* $p \leq .01$ ; \* $p \leq .05$

Asimismo, se comprobó la validez de criterio a través del análisis de regresión jerárquica, para comprobar el valor predictivo del crecimiento personal asociado a sucesos vitales de las variables incluidas en el modelo de estrés propuesto. En el caso de la sintomatología depresiva, tal y como puede verse en la Tabla 5.29, se han encontrado efectos principales del crecimiento personal sobre sucesos vitales positivos (ECP+) sobre la sintomatología depresiva. No se han encontrado efectos para el crecimiento personal asociado a sucesos vitales negativos (ECP-). El modelo completo es significativo ( $F = 11.84$ ;  $p \leq .00$ ), y explica un 3% de su varianza. Además, se ha calculado la regresión lineal con la escala global de crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP), obteniéndose una  $t = -4.26$  ( $p = .000$ ) y  $\beta = -.217$  ( $p = .000$ ). El modelo es estadísticamente significativo ( $F = 18.16$ ;  $p \leq .00$ ) y explica un 4.7 % de varianza de la sintomatología depresiva.

**Tabla 5. 29.** Explicación de la sintomatología depresiva a través del crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP+ y ECP-)

		$\beta$	$t$	$\Delta R^2$
<b>Paso 1</b>	(constante)		10.25**	.03**
	Crecimiento personal asociado a sucesos vitales positivos	-.19	-3.44**	
<b>Paso 2</b>	(constante)		10.27**	.00
	Crecimiento personal asociado a sucesos vitales positivos	-.18	-3.28**	
	Crecimiento personal asociado a sucesos vitales negativos	-.08	-.86	

$\Delta R^2$ : incremento del porcentaje de varianza explicado; \*\* $p \leq .01$

En el modelo propuesto para el bienestar psicológico se han encontrado efectos principales del crecimiento personal sobre sucesos vitales positivos (ECP+) el bienestar psicológico. Al igual que ocurría con la sintomatología depresiva, no se han encontrado efectos asociados al crecimiento personal asociado a sucesos vitales negativos (ECP-). El

modelo completo es significativo ( $F = 15.15$ ;  $p \leq .00$ ), y explica un 8% de la varianza del bienestar psicológico (Tabla 5.30).

**Tabla 5. 30.** Explicación del bienestar psicológico a través del crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP+ y ECP-)

		$\beta$	t	$\Delta R^2$
<b>Paso 1</b>	(constante)		18.70**	0.08**
	Crecimiento personal asociado a sucesos vitales positivos	.29	5.50**	
<b>Paso 2</b>	(constante)		18.45**	0.00
	Crecimiento personal asociado a sucesos vitales positivos	.29	5.48**	
	Crecimiento personal asociado a sucesos vitales negativos	-.02	-.31	

$\Delta R^2$ : incremento del porcentaje de varianza explicado; \*\*:  $p < 0.01$

Además se ha calculado la regresión lineal con la escala global de crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP) con una  $t = 3.61$  ( $p=.00$ ) y  $\beta = .18$  ( $p=.00$ ), encontrándose que se trata de un modelo significativo ( $F = 13.02$ ;  $p \leq .00$ ), que explica un 3.4% de varianza del bienestar psicológico.

## Análisis descriptivo de la escala

### *En función del tipo de sucesos vitales*

Se han realizado análisis para explorar las diferencias en las puntuaciones de crecimiento personal en función de si es acerca de sucesos vitales positivos o negativos. Se han encontrado diferencias significativas entre ambas puntuaciones, obteniéndose mayores puntuaciones en crecimiento personal asociado a sucesos vitales positivos que en los negativos (ver Tabla 5.31).

**Tabla 5. 31.** Diferencias de medias (prueba t para muestras relacionadas) en crecimiento personal asociado a sucesos vitales positivos y negativos

	Media	d.t	t
Crecimiento personal asociado a sucesos vitales positivos	2.35	.52	19.53**
Crecimiento personal asociado a sucesos vitales negativos	1.30	.91	

\*\* :  $p < 0.01$

### En función del tipo del rango de edad

En el análisis de diferencias de medias en las puntuaciones de crecimiento personal asociado a sucesos vitales positivos frente a negativos, en función del rango de edad se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la variable de crecimiento personal asociado a sucesos vitales positivos ( $F = 4.93$ ;  $p \leq .01$ ), encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de menor edad con mayor edad ( $HSD = .26$ ;  $p \leq .01$ ), siendo los de menor edad los que mayores puntuaciones han presentado de crecimiento personal asociado a sucesos vitales positivos, y entre los grupos de edad intermedia y mayor edad ( $HSD = .22$ ;  $p \leq .05$ ), siendo los de edad intermedia los que mayores puntuaciones han obtenido (ver Tabla 5.32).

**Tabla 5. 32.** Diferencia de medias en puntuaciones de crecimiento personal asociado a sucesos vitales positivos y negativos en función del rango de edad.

		N	Media	d.t	F
Crecimiento personal asociado a sucesos vitales positivos	60-69	162	2.40	.56	4.93**
	70-79	171	2.36	.48	
	80-92	60	2.14	.60	
Crecimiento personal asociado a sucesos vitales negativos	60-69	162	1.40	.91	1.77
	70-79	171	1.27	.89	
	80-92	60	1.14	.98	

\*\* :  $p < 0.01$

### En función del sexo

Se han realizado análisis para explorar las diferencias en la variable crecimiento personal en función del sexo. Se han encontrado diferencias significativas en la escala global de crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP), siendo los hombres los que presentan un mayor nivel de crecimiento personal. Sin embargo, haciendo el análisis por subescalas, no se han encontrado diferencias significativas en las subescalas propuestas (ECP+ y ECP-) (ver Tabla 5.33).

**Tabla 5. 33.** Diferencias de medias en la escala de crecimiento personal (ECP) y sus subescalas (ECP+ y ECP-) en función del sexo

	Sexo	Media	d.t.	t
	Mujer	2.34	.52	-.54

Crecimiento personal asociado a sucesos vitales positivos (ECP+)	Hombre	2.37	.59	
Crecimiento personal asociado a sucesos vitales negativos (ECP-)	Mujer	1.29	.90	
	Hombre	1.36	.96	-.63
Crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP)	Mujer	1.81	.60	
	Hombre	1.97	.61	-2.30*

\*\* :  $p \leq .01$

### *En función de la sintomatología depresiva*

Al igual que con la escala de pensamiento rumiativo, se ha llevado a cabo un análisis de diferencia de medias de las puntuaciones de crecimiento personal asociado a sucesos vitales en personas con sintomatología depresiva (puntuación total en CES-D  $\geq 16$ ) y sin sintomatología depresiva (puntuación total en CES-D  $< 16$ ).

En la Tabla 5.34 se puede observar que existen diferencias significativas entre personas con probable depresión clínica en la escala global (ECP) y en la escala de crecimiento personal asociado a sucesos positivos (ECP+). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la subescala de crecimiento personal asociado a sucesos vitales negativos (ECP-). Concretamente, las personas con posible depresión clínica tienen menores puntuaciones de crecimiento personal asociado a sucesos vitales en general y, específicamente, asociado a los sucesos vitales positivos que las personas que puntúan por debajo del punto de corte de depresión clínica.

**Tabla 5. 34.** Diferencias de medias en la escala de crecimiento personal (ECP) y sus subescalas (ECP+ y ECP-) en función de la sintomatología depresiva

	Sintomatología depresiva	N	Media	d.t	t
Crecimiento sobre sucesos vitales positivos (ECP+)	No	200	2.44	.51	3.51*
	Si	159	2.23	.55	
Crecimiento ante sucesos vitales negativos (ECP-)	No	195	1.34	.93	.83
	Si	154	1.26	.89	
Crecimiento sobre sucesos vitales positivos (ECP)	No	206	1.96	.60	3.50**
	Si	165	1.74	.59	

\*\* :  $p \leq .01$ ; \* :  $p \leq .05$

### 5.3.3. Relaciones entre las variables evaluadas

El análisis de las correlaciones entre las variables estudiadas (ver Tabla 5.35) permite observar que la sintomatología depresiva se relaciona de una forma estadísticamente significativa con todas las variables estudiadas. En el caso del bienestar psicológico se han encontrado relaciones estadísticamente significativas con casi todas las variables, a excepción del sexo y la ocurrencia de sucesos vitales negativos. Además, se han encontrado relaciones estadísticamente significativas de la variable de estilo rumiativo con todas las variables estudiadas a excepción de los sucesos vitales positivos. Por su parte, la evitación experiencial se ha relacionado positivamente con la función física, el crecimiento personal asociado a los sucesos vitales y el bienestar psicológico, y de forma negativa con los sucesos vitales negativos, el estilo rumiativo, el pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales y la sintomatología depresiva.

**Tabla 5. 35.** Correlaciones entre las variables estudiadas

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Edad	-									
2. Sexo	-.01	-								
3. Función física	-.32**	.23**	-							
4. Ocurrencia de sucesos vitales positivos (EO+)	.09	.23**	.06	-						
5. Ocurrencia de sucesos vitales negativos (EO-)	.03	-.07	-.15**	.43**	-					

6. Estilo rumiativo	.18**	-.12*	-.42**	.00	.20**	-				
7. Evitación experiencial	.06	.04	-.20**	-.01	.10*	.58**	-			
8. Crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP)	-.12*	.12*	.22**	.06	-.16**	-.13*	-.11*	-		
9. Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR)	-.02	-.20**	-.17**	-.26**	.20**	.41**	.31**	-.12*	-	
10. Sintomatología depresiva	.15**	-.14**	-.40**	-.14**	.14**	.61**	.47**	-.22**	.43**	-
11. Bienestar psicológico	-.10*	.08	.29**	.16**	-.08	-.48**	-.53**	.18**	-.34**	-.56**

\*\* $p \leq .01$ ; \* $p \leq .05$

### 5.3.4. Análisis por perfiles según las estrategias de regulación emocional empleadas

#### 5.3.4.1. Análisis de varianza con base en la clasificación por terciles

Para realizar un análisis más extenso de las relaciones entre las variables de regulación emocional y las variables de resultado, se llevaron a cabo análisis de varianza tomando como variable independiente el nivel de la persona (bajo, medio o alto) en cada variable de regulación y como variables dependientes la sintomatología depresiva, en un primer análisis, y el bienestar psicológico, en el segundo. Para realizar la clasificación de los participantes en los 3 niveles se realizó un análisis de los terciles de las puntuaciones totales de las variables de regulación emocional relevantes en el estudio: estilo rumiativo, evitación experiencial, pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales y crecimiento personal asociado a sucesos vitales. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en todas las variables (ver Tabla 5.36).

**Tabla 5. 36.** Diferencias de medias en sintomatología depresiva y bienestar psicológico en función del nivel en las variables de regulación emocional

	Nivel	Sintomatología depresiva			Bienestar psicológico		
		Media	d.t	F	Media	d.t	F
Estilo rumiativo	Bajo	9.34	5.86	75.93**	142.00	19.81	46.64**
	Medio	15.06	6.99		127.93	18.78	
	Alto	20.93	9.03		117.75	21.16	

Evitación experiencial	Bajo	11.39	7.00		140.98	19.35	
	Medio	14.64	7.99	35.93**	130.82	20.08	61.39**
	Alto	19.79	9.06		114.64	18.51	
Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales	Bajo	11.06	6.85		137.36	20.23	
	Medio	14.02	7.24	40.37**	131.58	22.71	21.28**
	Alto	19.90	9.31		120.25	20.78	
Crecimiento personal asociado a sucesos vitales	Bajo	17.82	9.10		124.02	22.52	
	Medio	14.57	8.15	9.85**	129.33	21.30	6.72**
	Alto	13.09	8.39		134.27	22.10	

\*\* $p \leq .01$ ; \* $p \leq .05$

Con el objetivo de explorar específicamente entre qué terciles se encuentran las diferencias estadísticamente significativas, se llevaron a cabo los análisis post-hoc. Tal y como se observa en la Tabla 5.37, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre cada tercil en depresión y bienestar psicológico para las variables de estilo rumiativo y evitación experiencial.

Por lo que respecta a la variable de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre todos sus terciles en la variable de sintomatología depresiva. En la variable de bienestar psicológico se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los terciles bajo-alto y medio-alto.

En la variable de crecimiento personal asociado a sucesos vitales se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de sintomatología depresiva entre los grupos bajo-medio y bajo-alto.

**Tabla 5. 37.** Análisis post-hoc para las variables de regulación emocional y las variables de resultado (sintomatología depresiva y bienestar psicológico)

	Sintomatología depresiva				Bienestar psicológico	
	Tercil	Tercil	Games-Howell	Error típico	HSD de Tukey	Error típico
Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales	Bajo	Medio	-2.96**	.93	5.78	2.80
		Alto	-8.83**	1.02	17.11**	2.69
	Medio	Bajo	2.96**	.93	-5.78	2.80
		Alto	-5.87**	1.04	11.33**	2.69
	Bajo	Bajo	8.83**	1.02	-17.11**	2.69



	Alto	Medio	5.87**	1.04	-11.33**	2.69
Crecimiento personal asociado a sucesos vitales	Bajo	Medio	HSD = 3.25**	1.09	-5.31	2.80
		Alto	HSD = 4.73**	1.08	-10.25**	2.79
	Medio	Bajo	HSD = -3.25**	1.09	5.31	2.80
		Alto	HSD = 1.48	1.08	-4.93	2.78
	Alto	Bajo	HSD = -4.73**	1.08	10.25**	2.79
		Medio	HSD = -1.48	1.08	4.93	2.78
Estilo rumiativo	Bajo	Medio	-5.71**	.79	4.07**	2.46
		Alto	-11.58**	.95	24.25**	2.51
	Medio	Bajo	5.71**	.79	-14.07**	2.46
		Alto	-5.87**	.98	10.17**	2.41
	Alto	Bajo	11.58**	.95	-24.25**	2.51
		Medio	5.87**	.98	-10.17**	2.41
Evitación experiencial	Bajo	Medio	-3.25**	.925	10.16**	2.38
		Alto	-8.40**	1.00	26.34**	2.39
	Medio	Bajo	3.25**	.92	-10.16**	2.38
		Alto	-5.14**	1.05	16.18**	2.38
	Alto	Bajo	8.40**	1.00	-26.34**	2.39
		Medio	5.14**	1.05	-16.18**	2.38

\*\*  $p \leq .01$ ; HSD: HSD de Tukey

#### 5.3.4.2. Análisis de conglomerados para la identificación de perfiles

Con base en los resultados de los ANOVAs realizados en base a los niveles (terciles) de los participantes en las variables de interés, se decidió realizar un análisis de conglomerados para explorar la posible identificación de perfiles de personas en función de sus puntuaciones en las distintas variables de regulación emocional (estilo rumiativo, evitación experiencial, pensamiento rumiativo y crecimiento personal).

En un primer momento, se realizó un análisis de conglomerados jerárquico, de cara a llevar a cabo una exploración visual de los datos. Tras la inspección visual del dendograma, utilizado para analizar la agrupación de los datos y decidir el número apropiado de grupos o conglomerados, se estima la existencia de cinco conglomerados. A continuación se realizó un análisis de conglomerados de *k-medias* preestableciendo el número de conglomerados (5). Los perfiles obtenidos se presentan en la Tabla 5.38, que recoge las puntuaciones de cada perfil categorizadas en base a la clasificación de terciles realizada anteriormente.

**Tabla 5. 38.** Descriptivos de los perfiles identificados

	Conglomerado									
	Perfil 1 N = 76		Perfil 2 N = 51		Perfil 3 N = 67		Perfil 4 N = 93		Perfil 5 N = 75	
	Media (d.t)	Nivel	Media (d.t)	Nivel	Media (d.t)	Nivel	Media (d.t)	Nivel	Media (d.t)	Nivel
Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR)	0,59 (0,32)	Bajo	1,47 (0,50)	Alto	1,46 (0,50)	Alto	0,50 (0,37)	Bajo	1,17 (0,44)	Alto
Crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP)	1,50 (0,45)	Bajo	1,36 (0,37)	Bajo	2,28 (0,33)	Alto	2,41 (0,38)	Alto	1,46 (0,47)	Bajo
Estilo rumiativo	8,84 (3,61)	Medio	18,76 (4,29)	Alto	14,02 (5,10)	Alto	6,07 (3,63)	Bajo	6,86 (4,13)	Bajo
Evitación experiencial	30,21 (3,21)	Alto	35,07 (5,31)	Alto	31,91 (3,86)	Alta	24,87 (4,10)	Bajo	23,57 (5,72)	Bajo

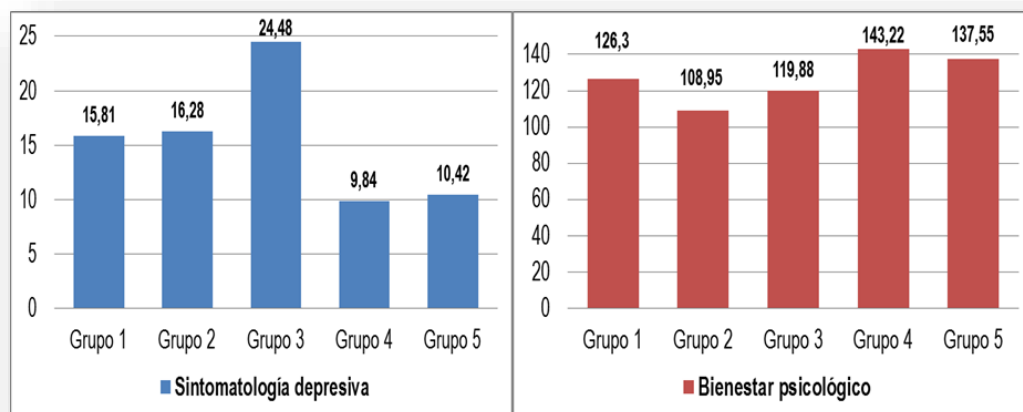
Como puede apreciarse en la Tabla 5.38, se identifica un perfil (perfil 2) de participantes con puntuación alta en todas las variables de regulación emocional disfuncionales (pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales, estilo rumiativo y evitación experiencial) y puntuación baja en crecimiento personal asociado a sucesos vitales. El perfil 3 es idéntico al 2 en lo que respecta a las variables de regulación desadaptativas, pero, sin embargo, este perfil presenta puntuaciones altas en la variable de crecimiento personal. El perfil 4 está compuesto por personas con puntuaciones bajas en las estrategias regulatorias disfuncionales y puntuación alta en crecimiento personal. El perfil 1 destacaría por su puntuación elevada en evitación experiencial, presentando puntuaciones bajas en pensamiento rumiativo y crecimiento personal y puntuación media en estilo rumiativo. Finalmente, el perfil 5 se caracterizaría por su alta puntuación en pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales, presentando puntuaciones bajas en todas las demás variables.

Un ANOVA de un factor introduciendo como variable independiente el perfil y como variables dependientes las 4 estrategias de regulación emocional confirma que los perfiles 2 y 3 no se diferencian en su nivel de pensamiento rumiativo ( $HSD = .01$ ;  $p \geq .05$ ), que es superior al presentado por el resto de los perfiles; tampoco se diferencian entre sí los

perfiles 1 y 4 ( $HSD = .09$ ;  $p \geq .05$ ), cuyo pensamiento rumiativo es inferior al presentado por los perfiles 2, 3 y 5. El perfil 5, si bien presenta un nivel alto en esta variable de acuerdo con la clasificación por terciles, presenta una media de pensamiento rumiativo significativamente inferior a la presentada por los grupos 2 ( $HSD = -.29$ ;  $p \leq .01$ ) y 3 ( $HSD = -.28$ ;  $p \leq .01$ ). En cuanto al crecimiento personal asociado a los sucesos vitales, el perfil 2, presenta menores niveles estadísticamente significativos de crecimiento con respecto a los perfiles 3 ( $HSD = -2.92$ ;  $p \leq .01$ ) y 4 ( $HSD = -1.04$ ;  $p \leq .01$ ). Por su parte, el estilo rumiativo el perfil 2 ha mostrado mayores niveles estadísticamente significativos con todos los demás perfiles: perfil 1 ( $HSD = 9.91$ ;  $p \leq .01$ ), perfil 3 ( $HSD = 4.74$ ;  $p \leq .01$ ), perfil 4 ( $HSD = 12.68$ ;  $p \leq .01$ ) y el perfil 5 ( $HSD = 11.90$ ;  $p \leq .01$ ). Por último los perfiles realizados en relación a la evitación experiencial han mostrado diferencias estadísticamente significativas del perfil 2 (de altas puntuaciones) con respecto al perfil 1 ( $HSD = 4.86$ ;  $p \leq .01$ ), al perfil 3 ( $HSD = 3.15$ ;  $p \leq .01$ ), al perfil 4 ( $HSD = 10.20$ ;  $p \leq .01$ ) y al perfil 5 ( $HSD = 11.49$ ;  $p \leq .01$ ).

En la Figura 5.4 se pueden observar las puntuaciones medias en las variables dependientes (síntomatología depresiva y bienestar psicológico) en cada grupo o conglomerado.

**Figura 5. 4.** Puntuaciones medias en las variables de resultado por cada conglomerado.



Además, se ha realizado un análisis de diferencia de medias (mediante ANOVA de un factor) en las puntuaciones de las variables resultado (síntomatología depresiva y bienestar psicológico) y los estresores (sucesos vitales positivos y sucesos vitales negativos) para los distintos conglomerados (ver Tabla 5.39). Este análisis muestra diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de sintomatología depresiva,

bienestar psicológico y ocurrencia de sucesos vitales negativos en función del conglomerado al que pertenecen los participantes.

**Tabla 5. 39.** Diferencia de medias en las variables resultado y ocurrencia de sucesos vitales positivos y negativos en función de los conglomerados

	Conglomerado	N	Media	d.t	Error típico	F
Síntomatología depresiva	Grupo 1	76	14.48	6.03	.69	38.25**
	Grupo 2	51	24.44	9.41	1.31	
	Grupo 3	67	18.38	7.96	.97	
	Grupo 4	93	9.36	6.76	.70	
	Grupo 5	75	14.04	7.25	.83	
Bienestar psicológico	Grupo 1	76	126.30	19.56	2.24	34.61**
	Grupo 2	51	108.95	20.17	2.82	
	Grupo 3	67	119.88	18.57	2.26	
	Grupo 4	93	143.22	18.40	1.90	
	Grupo 5	75	137.55	19.51	2.25	
Sucesos vitales positivos	Grupo 1	76	3.78	1.20	.13	1.52
	Grupo 2	51	3.45	1.18	.16	
	Grupo 3	67	3.61	1.18	.14	
	Grupo 4	93	3.83	1.07	.11	
	Grupo 5	75	3.49	1.32	.15	
Sucesos vitales negativos	Grupo 1	76	3.68	2.17	.24	5.14**
	Grupo 2	51	4.31	1.77	.24	
	Grupo 3	67	3.97	2.22	.27	
	Grupo 4	93	2.93	1.74	.18	
	Grupo 5	75	3.90	1.96	.22	

\*\*  $p \leq .01$

Para explorar entre qué conglomerados se han obtenido las diferencias estadísticamente significativas entre sus puntuaciones (ver Tabla 5.40) se han realizado análisis post-hoc.

**Tabla 5. 40.** Diferencias entre los perfiles identificados en sintomatología depresiva, bienestar psicológico, ocurrencia de sucesos vitales positivos y negativos

Agrupación de conglomerados		Síntomatología depresiva		Bienestar psicológico		Sucesos vitales positivos		Sucesos vitales negativos	
Perfil	Perfil	Games-Howell	Error típico	HSD	Error típico	HSD	Error típico	HSD	Error típico
1	2	-9.96**	1.48	17.34**	3,46	.33	.21	-.62	.36

Agrupación de conglomerados		Síntomatología depresiva		Bienestar psicológico		Sucesos vitales positivos		Sucesos vitales negativos	
Perfil	Perfil	Games-Howell	Error típico	HSD	Error típico	HSD	Error típico	HSD	Error típico
	3	-3.90*	1.19	6.41	3,21	.17	.20	-.28	.33
	4	5.11**	.98	-16.92**	2,96	-.04	.18	.74	.30
	5	.43	1.08	-11.25**	3,12	.29	.19	-.22	.32
2	1	9.96*	1.48	-17.34**	3,46	-.33	.21	.62	.36
	3	6.05**	1.63	-10.93*	3,56	-.16	.22	.34	.36
	4	15.07**	1.49	-34.27**	3,34	-.38	.20	1.37**	.34
	5	10.39**	1.56	-28.60**	3,47	-.04	.21	.40	.36
3	1	3.90*	1.19	-6.41	3,21	-.17	.20	.28	.33
	2	-6.05**	1.63	10.93*	3,56	.16	.22	-.34	.36
	4	9.02*	1.19	-23.33**	3,07	-.22	.19	1.03**	.31
	5	4.33**	1.28	-17.66**	3,22	.11	.20	.06	.33
4	1	-5.11**	.98	16.92**	2,96	.04	.18	-.74	.30
	2	-15.07**	1.49	34.27**	3,34	.38	.20	-1.37**	.34
	3	-9.02**	1.19	23.33**	3,07	.22	.19	-1.03*	.31
	5	-4.68**	1.09	5.66	2,97	.34	.18	-.97*	.30
5	1	-.43	1.08	11.25**	3,12	-.29	.19	.22	.32
	2	-10.39**	1.56	28.60**	3,47	.042	.21	-.40	.36
	3	-4.33**	1.28	17.66**	3,22	-.11	.20	-.06	.33
	4	4.68**	1.09	-5.66	2,97	-.34	.18	.97*	.30

\*\* $p \leq .01$ ; \* $p \leq .05$ ; HSD: HSD de Tukey

Como puede verse en la Tabla 5.40, los análisis post-hoc relativos a las diferencias en sintomatología depresiva (Games-Howell) indican diferencias estadísticamente significativas en esta variable entre todos los perfiles excepto entre los perfiles 1 y 5 ( $p \geq 0.05$ ). Concretamente, el perfil que mayor nivel de sintomatología depresiva presenta es el 2 y el que menos el 4. Los resultados post-hoc (HSD de Tukey) para el bienestar psicológico han mostrado diferencias estadísticamente significativas entre todos los perfiles excepto entre los grupos 1 y 3, y entre el 4 y 5, siendo el perfil 4 el que mayor nivel de bienestar psicológico presenta y el 2 el que menos.

Los resultados post-hoc de la frecuencia de sucesos vitales positivos (HSD de Tukey) no han mostrado diferencias estadísticamente significativas entre ningún perfil o conglomerado. Sin embargo, en la frecuencia de los sucesos vitales negativos sí se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre el perfil 4 y el resto de los perfiles (salvo el 1), presentando el perfil 4 una media de sucesos vitales negativos significativamente inferior a la del resto de los perfiles. El perfil 2, que es el que mayores

niveles de sucesos vitales negativos ha experimentado, ha presentado diferencias estadísticamente significativas con respecto al perfil 4 (grupo con menor número de sucesos vitales experimentado).

A partir de estos resultados (ver Figura 5.4, Tabla 5.38), se constata la presencia de un perfil, el perfil 2, que podríamos denominar "perfil desadaptado", ya que presenta un nivel de sintomatología depresiva superior al del resto de los perfiles, así como un nivel de bienestar psicológico inferior al de éstos. Como se puede comprobar en la Tabla 36, este grupo (perfil 2) está compuesto por personas que presentan puntuaciones altas en evitación experiencial, en estilo rumiativo y en pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales, y un nivel bajo de crecimiento personal asociado a sucesos vitales. Además, este perfil, aun no siendo significativas las diferencias encontradas, presenta un mayor número de sucesos vitales negativos experimentados a lo largo de su vida. A partir de este resultado se analizó específicamente las diferencias en las puntuaciones medias de cada suceso vital experimentado, en función del perfil psicológico. Se han obtenido diferencias estadísticamente significativas ( $F = 8.04$ ;  $p \leq 0.01$ ) en la frecuencia del suceso de pérdida del cónyuge, siendo el perfil 2, el que mayor prevalencia tiene en el fallecimiento del cónyuge frente al perfil 1 ( $HSD = .35$ ;  $p \leq 0.01$ ), al perfil 3 ( $HSD = .24$ ;  $p \leq 0.01$ ) y al perfil 4 ( $HSD = .40$ ;  $p \leq 0.01$ ). Por otro lado, se identifica un perfil, el perfil 4, que presenta las puntuaciones más altas en bienestar psicológico y las más bajas en sintomatología depresiva. Este perfil, que podríamos denominar "perfil adaptado", está compuesto por las personas que presentan bajas puntuaciones en pensamiento rumiativo, en estilo rumiativo y en evitación experiencial, y por el contrario, puntuaciones más altas en crecimiento personal asociado a sucesos vitales. Este perfil, además, aunque no de forma estadísticamente significativa, ha presentado menor número de sucesos vitales negativos.

Para analizar la posible relación de estos perfiles con variables sociodemográficas, se realizaron análisis de independencia (Chi-cuadrado), encontrando que el perfil desadaptado se caracteriza por incluir una mayor proporción de mujeres ( $\chi^2=10.8$ ;  $p<0.05$ ) y de personas viudas ( $\chi^2=50.9$ ;  $p<0.001$ ), mientras que el perfil adaptado incluye una mayor proporción de hombres y una menor cantidad de personas viudas.

### 5.3.5. Modelo explicativo para la sintomatología depresiva y el bienestar psicológico

Tomando en consideración las relaciones encontradas en análisis previos (por ej., correlaciones) entre las variables evaluadas, así como los análisis por perfiles de afrontamiento emocional, se plantearon los siguientes objetivos de análisis: a) establecer el peso de cada variable en la explicación de la sintomatología depresiva y el bienestar psicológico y b) controlar los posibles efectos de mediación que unas y otras variables analizadas ejercen sobre las demás. Para ello, se llevaron a cabo dos procedimientos estadísticos: análisis de regresión jerárquica y análisis de ecuaciones estructurales. En el primero de los procedimientos, de regresiones jerárquicas, se proponen dos modelos explicativos: por un lado, de la sintomatología depresiva y, por otro, del bienestar psicológico, siguiendo las agrupaciones de variables señaladas en el modelo de estrés: 1) variables contextuales y de control: características sociodemográficas y de salud, 2) estresores: ocurrencia de sucesos vitales y, 3) variables mediadoras, divididas en pasos diferentes: a) las estrategias de regulación emocional estables (evitación experiencial en un paso y estilo rumiativo en el paso siguiente) y b) las escalas del impacto psicológico ante sucesos vitales: pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR) y crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP).

Además, se propone un modelo de ecuaciones estructurales con el objetivo de describir más específicamente las relaciones entre las variables que en el análisis de regresión han mostrado que añaden un porcentaje en la explicación de la varianza de las variables resultado (sintomatología depresiva y bienestar psicológico). A continuación se detallan los análisis llevados a cabo.

#### **5.3.5.1. Análisis de regresión jerárquica**

De acuerdo con el modelo de estrés, y teniendo en consideración únicamente aquellas variables para las que se han encontrado relaciones significativas con las variables clave de este trabajo, se pretende evaluar, a través de regresiones múltiples, hasta qué punto tales variables contribuyen de forma significativa a explicar la sintomatología depresiva (CES-D, Radloff, 1977), por un lado, y el bienestar psicológico (Ryff, 1989), por otro. En ambos modelos se incluyen en un primer paso las variables sociodemográficas (edad, sexo y años de educación) y, en el segundo, la función física, con el objetivo de controlar sus posibles efectos en relación a las variables de resultado. A continuación se introducen los sucesos vitales (EO+ y EO-), y seguidamente las variables de regulación emocional estables,

evitación experiencial por un lado, y estilo rumiativo por otro. Posteriormente se introducen las estrategias de regulación ante sucesos vitales: el crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP) y, a continuación, el pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR).

Se pudo comprobar que no existen efectos de multicolinealidad, siguiendo los criterios establecidos por Kleinbaum et al. (1988), que tienen en cuenta los valores de inflación de la varianza (FIV) y los índices de tolerancia.

### **a) Explicación de la sintomatología depresiva mediante regresión jerárquica**

Los resultados del análisis de regresión jerárquica para explicar la sintomatología depresiva, controlando los posibles efectos de la edad, los años de educación y de la salud (función física), sugieren que tanto el sexo como los años de educación sólo muestran su efecto predictor de la sintomatología depresiva en el primer paso de la regresión. Una vez que se introduce (en el segundo paso) la función física, tales variables dejan de aportar una explicación significativa sobre la sintomatología depresiva. Por su parte, la función física permanece aportando un porcentaje estadísticamente significativo de varianza de la sintomatología depresiva a lo largo de los pasos de la regresión jerárquica, tanto al introducir la ocurrencia de los sucesos vitales, como el resto de las variables de regulación emocional.

Como se puede apreciar en la Tabla 5.41, todos los pasos introducidos en la regresión mejoran de forma estadísticamente significativa el poder explicativo de las variables introducidas para explicar la variable dependiente (sintomatología depresiva). Sin embargo, puede observarse que, al introducirse las variables de regulación emocional relacionadas con los sucesos vitales (a partir del paso 6), la ocurrencia de sucesos vitales pierde el poder predictivo sobre la explicación de la sintomatología depresiva. Más concretamente, la ocurrencia de sucesos vitales negativos continúa explicando de forma significativa la sintomatología depresiva hasta que se introduce, en el paso 6, el pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales. En esta misma línea, la ocurrencia de sucesos vitales positivos se mantiene siendo una variable predictora de la sintomatología depresiva hasta el paso 7, en el cual, se introduce la variable de crecimiento personal asociado a



sucesos vitales. Así, en el modelo final las variables que contribuyen de forma significativa a explicar la sintomatología depresiva son: función física, evitación experiencial, estilo rumiativo, pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales y crecimiento personal asociado a los sucesos vitales.

El modelo final obtenido es significativo ( $F = 29.14$ ;  $p \leq .00$ ) y explica un 46 % de la varianza de la sintomatología depresiva.

**Tabla 5. 41.** Explicación de la sintomatología depresiva mediante regresión jerárquica

	Modelo	$\Delta R^2$	Beta	T	Estadísticos de colinealidad	
					Tolerancia	FIV
1	(Constante)	.06**		13.28**		
	Sexo		-.14	-2.65**	.99	1.00
	Años de educación		-.17	-3.28**	.99	1.00
2	(Constante)	.12**		15.47**		
	Sexo		-.06	-1.14	.93	1.06
	Años de educación		-.09	-1.76	.93	1.06
	Función física		-.36	-6.76**	.88	1.13
3	(Constante)	.03**		12.96**		
	Sexo		-.01	-.11	.85	1.17
	Años de educación		-.10	-2.03*	.93	1.07
	Función física		-.33	-6.24**	.86	1.16
	Ocurrencia de sucesos positivos (EO+)		-.17	-3.06**	.74	1.35
	Ocurrencia de sucesos negativos (EO-)		.18	3.21**	.78	1.27
4	(Constante)	.14**		3.41**		
	Sexo		-.04	-.81	.84	1.18
	Años de educación		-.05	-1.14	.91	1.09
	Función física		-.27	-5.64**	.84	1.18
	Ocurrencia de sucesos positivos (EO+)		-.16	-3.12**	.73	1.35
	Ocurrencia de sucesos negativos (EO-)		.14	2.84**	.78	1.28
	Evitación experiencial		.38	8.18**	.94	1.06
5	(Constante)	.08**		3.19**		
	Sexo		-.01	-.30	.84	1.19
	Años de educación		-.01	-.29	.89	1.11
	Función física		-.17	-3.48**	.75	1.32
	Ocurrencia de sucesos positivos (EO+)		-.16	-3.30**	.73	1.35
	Ocurrencia de sucesos negativos (EO-)		.11	2.30*	.77	1.29
	Evitación experiencial		.19	3.79**	.66	1.49
	Estilo rumiativo		.37	6.59**	.54	1.82
6	(Constante)	.02**		2.56*		
	Sexo		-.00	-.06	.83	1.19
	Años de educación		-.02	-.57	.89	1.12
	Función física		-.17	-3.68**	.75	1.33
	Ocurrencia de sucesos positivos (EO+)		-.10	-2.05*	.65	1.52
	Ocurrencia de sucesos negativos (EO-)		.06	1.31	.71	1.40
	Evitación experiencial		.18	3.55**	.66	1.50
	Estilo rumiativo		.32	5.60**	.51	1.90
	Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR)		.16	3.31**	.71	1.40
7	(Constante)	.01*		3.23**		
	Sexo		.00	.02	.83	1.19
	Años de educación		-.00	-.16	.86	1.15
	Función física		-.16	-3.36**	.73	1.35
	Ocurrencia de sucesos positivos (EO+)		-.09	-1.82	.65	1.53
	Ocurrencia de sucesos negativos (EO-)		.04	.93	.69	1.43
	Evitación experiencial		.17	3.46**	.66	1.51
	Estilo rumiativo		.33	5.78**	.51	1.95
	Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR)		.15	3.15**	.71	1.40
	Crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP)		-.10	-2.46*	.88	1.12

$\Delta R^2$ : incremento del porcentaje de varianza explicado; \*\*:  $p \leq .01$ ; \*:  $p \leq .05$ ;

### **b) Explicación del bienestar psicológico mediante regresión jerárquica**

El mismo procedimiento se llevó a cabo introduciendo el bienestar psicológico (Ryff, 1989) como variable dependiente. En primer lugar, se han introducido las variables sociodemográficas y de salud para controlar su efecto sobre la depresión. En este caso, los resultados sugieren que el sexo no explica de forma significativa el bienestar psicológico. Los años de educación sí han mostrado un efecto principal sobre el bienestar psicológico, pero sólo en el primer paso de la regresión, ya que, al introducir la función física, deja de aportar un porcentaje de explicación significativo a la varianza del bienestar psicológico. La función física se mantiene como una variable predictora del bienestar, incluso tras introducir la ocurrencia de los sucesos vitales y la evitación experiencial. Sin embargo, deja de ser predictora en el momento en el que se introduce el estilo rumiativo en la regresión.

Como se puede apreciar en la Tabla 5.42 todos los pasos introducidos en la regresión aumentan de forma significativa la explicación de la varianza del bienestar psicológico. De forma específica, la ocurrencia de sucesos vitales, tanto positivos, como negativos, aparecen como variables que contribuyen de forma significativa a la explicación del bienestar psicológico. Si bien la ocurrencia de sucesos vitales positivos se mantiene durante todos los pasos de la regresión como variable predictor del bienestar psicológico, la ocurrencia de sucesos vitales negativos pierde su poder explicativo una vez que se introduce la primera de las variables de regulación emocional (evitación experiencial). Por tanto, el modelo final queda explicado de forma significativa por las variables de ocurrencia de sucesos vitales positivos y las variables de regulación emocional, tanto las desadaptativas (evitación experiencial, estilo rumiativo y pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales –ésta última solo presenta una puntuación cercana a la significación:  $p = .06$ ) como las adaptativas (crecimiento personal asociado a sucesos vitales).

El modelo final es significativo ( $F = 24.46$ ;  $p \leq .00$ ) y explica un 43 % de la varianza del bienestar psicológico.

**Tabla 5. 42.** Explicación del bienestar psicológico mediante regresión jerárquica

Modelo		Δ R <sup>2</sup>	Beta	t	Estadísticos de colinealidad	
					Tolerancia	FIV
1	(Constante)	.03*		29.94**		
	Sexo		.06	1.24	.99	1.00
	Años de educación		.14	2.58*	.99	1.00
2	(Constante)	.06**		22.47**		
	Sexo		.01	.16	.93	1.06
	Años de educación		.08	1.48	.93	1.06
	Función física		.25	4.53**	.88	1.13
3	(Constante)	.03**		18.34**		
	Sexo		-.04	-.73	.85	1.17
	Años de educación		.09	1.72	.93	1.07
	Función física		.23	4.10**	.86	1.16
	Ocurrencia de sucesos positivos (EO+)		.17	2.85**	.74	1.35
	Ocurrencia de sucesos negativos (EO-)		-.13	-2.32*	.78	1.27
4	(Constante)	.26**		23.01**		
	Sexo		.00	.08	.84	1.18
	Años de educación		.02	.540	.91	1.09
	Función física		.15	3.21**	.84	1.18
	Ocurrencia de sucesos positivos (EO+)		.15	3.0**	.73	1.35
	Ocurrencia de sucesos negativos (EO-)		-.09	-1.81	.78	1.28
	Evitación experiencial		-.52	-	.94	1.06
5	(Constante)	.03**		23.62**		
	Sexo		-.01	-.21	.84	1.19
	Años de educación		.00	.04	.89	1.11
	Función física		.09	1.90	.75	1.32
	Ocurrencia de sucesos positivos (EO+)		.15	3.09**	.73	1.35
	Ocurrencia de sucesos negativos (EO-)		-.07	-1.45	.77	1.29
	Evitación experiencial		-.42	-7.85**	.66	1.49
	Estilo rumiativo		-.21	-3.59**	.54	1.82
6	(Constante)	.01*		23.70**		
	Sexo		-.01	-.36	.83	1.19
	Años de educación		.01	.21	.89	1.12
	Función física		.10	2.00*	.75	1.33
	Ocurrencia de sucesos positivos (EO+)		.12	2.25*	.65	1.52
	Ocurrencia de sucesos negativos (EO-)		-.04	-.83	.71	1.40
	Evitación experiencial		-.41	-7.69**	.66	1.50
	Estilo rumiativo		-.18	-2.96**	.51	1.95
	Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR)		-.10	-2.03*	.71	1.40
7	(Constante)	.01*		21.93**		
	Sexo		-.02	-.45	.83	1.19
	Años de educación		-.00	-.15	.86	1.15
	Función física		.08	1.70	.73	1.35
	Ocurrencia de sucesos positivos (EO+)		.11	2.04*	.65	1.53
	Ocurrencia de sucesos negativos (EO-)		-.02	-.48	.69	1.43
	Evitación experiencial		-.40	-7.62**	.66	1.51
	Estilo rumiativo		-.18	-3.10**	.51	1.95
	Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR)		-.09	-1.87†	.71	1.40
	Crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP)		.10	2.21*	.88	1.12

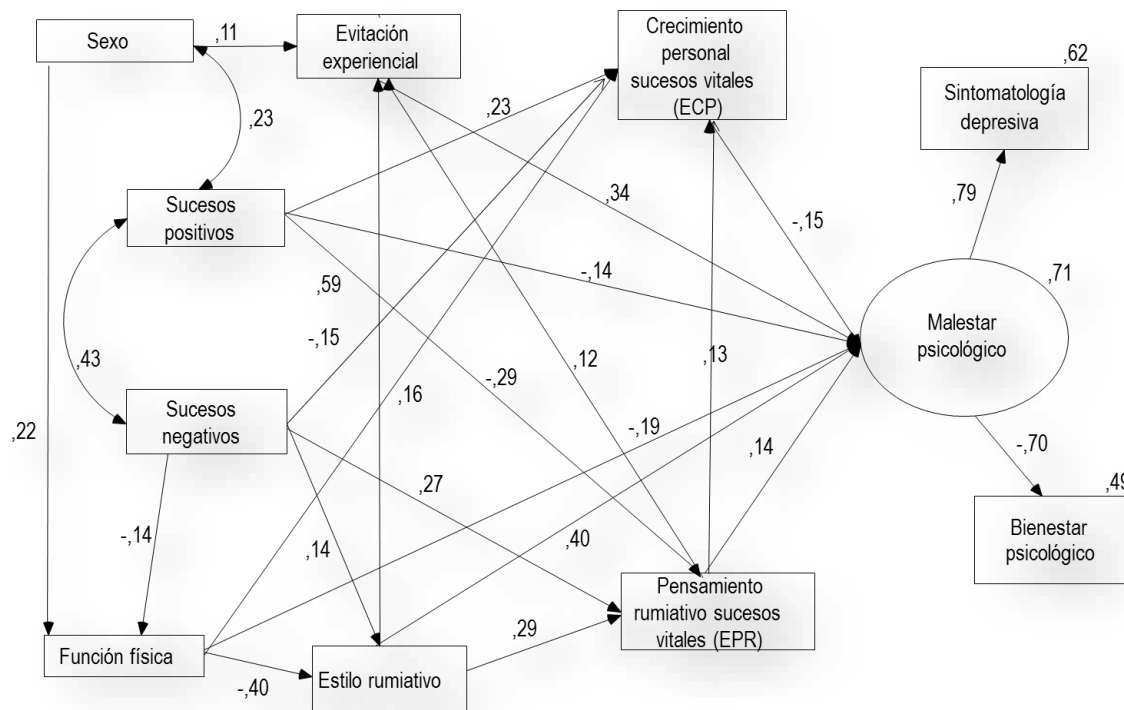
Δ R<sup>2</sup>: incremento del porcentaje de varianza explicado; \*\*: p < .01; \*: p < .05; †: p ≤ .06

### **5.3.5.2. Explicación el malestar psicológico a partir de ecuaciones estructurales**

Se han analizado las relaciones entre las variables propuestas en la regresión lineal a través de un modelo de ecuaciones estructurales que tiene como principal objetivo describir el efecto de terceras variables en las relaciones encontradas en el análisis anterior (regresión lineal). A través de este tipo de análisis, se presentan de una forma gráfica y descriptiva las relaciones entre las variables estudiadas, controlando los posibles efectos de mediación que puedan estar ejerciendo unas sobre otras.

El modelo analizado se ha construido sobre la base del análisis previo de las correlaciones obtenidas entre las variables del estudio. Siguiendo la clasificación propuesta en el modelo de estrés, se han incluido las variables siguientes: variables sociodemográficas y de salud, como variables independientes que pueden presentar efectos sobre el resto de las variables propuestas en el modelo (estresores, mediadoras y dependientes); los estresores (ocurrencia de sucesos vitales positivos y negativos); las variables mediadoras, que son las estrategias de regulación emocional: la evitación experiencial y el estilo rumiativo, y las variables de evaluación del impacto psicológico de los sucesos vitales pasados, diseñadas en este trabajo (crecimiento personal y pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales). Por último, se incluye en el modelo el malestar psicológico como una variable latente que se compone por las variables de sintomatología depresiva y bienestar psicológico.

Una vez propuesto el modelo de partida, en el que se han planteado todas las relaciones posibles entre todas las variables incluidas en el modelo, se siguieron las recomendaciones de Joreskog (1993), según las cuales se presentan únicamente en el modelo final aquellas relaciones que han resultado ser significativas (ver Figura 5.5). Con el fin de facilitar la comprensión del modelo, priorizando su función descriptiva, se ha procedido a eliminar en la Figura 5.5 los errores de cada variable.

**Figura 5.5.** Modelo final para la explicación del malestar emocional

A través del modelo analizado mediante ecuaciones estructurales se puede observar (ver Figura 5.5, Tabla 5.43) que tanto la ocurrencia de sucesos vitales, como las estrategias de regulación emocional, contribuyen de forma estadísticamente significativa a explicar la varianza del malestar psicológico

Si bien la ocurrencia de sucesos vitales positivos, así como las estrategias de regulación emocional, presentan efectos directos sobre el malestar psicológico, la ocurrencia de sucesos vitales negativos ejerce su efecto sobre el malestar de forma indirecta, a través de las variables de regulación emocional, sugiriendo un papel mediador de estas últimas variables, como más adelante se describirá.

Concretamente, puede observarse que los sucesos vitales positivos tienen, por un lado, un efecto directo y negativo sobre el malestar psicológico, pero, además, ejercen un efecto de influencia sobre el malestar psicológico también de forma indirecta, a través del crecimiento personal y del pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales. Por su parte, la ocurrencia de sucesos vitales negativos no presenta una relación directa, estadísticamente significativa ( $p = .27$ ), con el malestar psicológico, por lo que su efecto sobre el malestar psicológico se está produciendo de forma indirecta, a través de la mediación que ejercen

algunas de las variables de regulación emocional, tales como el estilo rumiativo, el pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales y el crecimiento personal asociado a sucesos vitales, y la función física.

Todas las variables de regulación emocional disfuncional introducidas en el modelo (estilo rumiativo, pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales y evitación experiencial) contribuyen significativamente y de forma directa a explicar la varianza del malestar psicológico. Por su parte el crecimiento personal asociado a los sucesos vitales contribuye de forma estadísticamente significativa e inversa a explicar el malestar psicológico, al igual que la función física.

De forma específica, la relación entre la ocurrencia de sucesos vitales negativos y la evitación experiencial, que en las correlaciones había sido significativa ( $r = .10$ ;  $p \leq .05$ ), deja de serlo al controlar el efecto de otras variables en el modelo. De este modo, el efecto de la ocurrencia de eventos vitales negativos podría estar produciéndose de forma indirecta a través del estilo rumiativo y el pensamiento rumiativo asociado a los sucesos vitales. En este mismo sentido se observa que, en el modelo presentado, la relación entre estilo rumiativo y malestar psicológico se ha reducido considerablemente ( $r = .40$ ;  $p \leq .01$ ) con respecto a los análisis de correlaciones previos ( $r = .61$ ;  $p \leq .01$ ), al controlarse, en el modelo de ecuaciones estructurales, el efecto de la evitación experiencial. Estos resultados pueden sugerir que la relación entre estilo rumiativo y malestar emocional esté mediada parcialmente por la evitación experiencial. Por último, el crecimiento personal y el pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales han mostrado en el modelo de ecuaciones estructurales una relación estadísticamente significativa y positiva, mientras que en las correlaciones, tal relación se había mostrado negativa ( $r = -.12$ ;  $p \leq .05$ ).

El modelo final permite explicar un 71 % de la varianza del malestar psicológico y, más concretamente, un 62% de la varianza de la sintomatología depresiva y un 49% del bienestar psicológico.

**Tabla 5. 43.** Coeficientes de regresión no estandarizados para las variables analizadas

Relación entre variables			E.	S.E.	C.R.
Sucesos positivos	<---	Sexo	.13**	.02	4.52
Sucesos positivos	<---	Sucesos negativos	1.00**	.14	7.88
Función física	<---	Sucesos negativos	-.30**	.10	-2.87
Función física	<---	Sexo	2.12**	.48	4.43
Estilo rumiativo	<---	Sucesos negativos	.40**	.13	2.99
Estilo rumiativo	<---	Función física	-.53**	.06	-8.66
Evitación experiencial	<---	Sexo	1.57**	.52	2.67
Evitación experiencial	<---	Estilo rumiativo	.51**	.03	14.36
Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR)	<---	Estilo rumiativo	.02**	.00	5.30
Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR)	<---	Sucesos positivos	-.14**	.02	-6.02
Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR)	<---	Sucesos negativos	.08**	.01	5.40
Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR)	<---	Evitación experiencial	1.0**	.00	2.36
Crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP)	<---	Sucesos positivos	.13**	.03	4.00
Crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP)	<---	Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR)	.15*	.06	2.43
Crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP)	<---	Sucesos negativos	-.05*	.02	-2.55
Crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP)	<---	Función física	.02**	.00	2.78
Malestar psicológico	<---	Sucesos positivos	-.76**	.23	-3.19
Malestar psicológico	<---	Evitación experiencial	.39**	.06	6.39
Malestar psicológico	<---	Función física	-.29**	.07	-4.13
Malestar psicológico	<---	Estilo rumiativo	.45**	.06	6.65
Malestar psicológico	<---	Crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP)	-1.43**	.40	-3.57
Malestar psicológico	<---	Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR)	1.50**	.52	2.88
Sintomatología depresiva	<---	Malestar psicológico	1.00**		
Bienestar psicológico	<---	Malestar psicológico	-2.24**	.17	-12.96

\*\* :  $p \leq .000$ ; \* :  $p \leq .01$ ; E: coeficiente de regresión; S.E: error estándar; C.R: proporción crítica

Debido a la sensibilidad del estadístico de ajuste de Chi-cuadrado (valor de 32.57 con 20 grados de libertad, y una probabilidad de menor de 0.05) al tamaño muestral, se ha considerado oportuno informar de otros indicadores de ajuste del modelo (ver Tabla 5.44).



**Tabla 5. 44.** Indicadores de ajuste del modelo propuesto

Ajuste absoluto			Ajuste comparativo		Índices de residuos
$\chi^2$	$\chi^2 / \text{gl}$	GFI	CFI	TLI	RMSEA
32.57	1.77	0.98	0.99	0.97	0.04

Por un lado, el índice de Chi-cuadrado partido por sus grados de libertad, que muestra un buen ajuste del modelo a los datos ( $\chi^2 / \text{gl} = 1.77$ ). Igualmente, otros indicadores, como el índice de bondad de ajuste (GFI = 0.98), los índices de ajuste comparativo (CFI = 0.99; TLI = 0.97), así como el índice de residuos (RMSEA = 0.04), sugieren que el modelo se ajusta de forma excelente a los datos obtenidos, de acuerdo con los criterios propuestos por Scheiber et al (2006).

## 5.4. DISCUSIÓN

---

En este apartado se pretende ofrecer una revisión global de los resultados obtenidos relativos al primer estudio, integrando tales resultados con los reflejados en estudios previos que se han realizado hasta el momento en el marco de estudio del envejecimiento, los sucesos vitales y la regulación emocional. Para ello, se desarrollarán los siguientes apartados: en primer lugar, se analizarán las propiedades psicométricas de las escalas de evaluación del impacto psicológico de los sucesos vitales (EEIPSV); a continuación, se analizará el papel de las variables de regulación emocional en el proceso de adaptación a los sucesos vitales y, más concretamente, en el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología depresiva y el bienestar psicológico; seguidamente, se analizarán de forma conjunta todos los resultados descritos en ambos apartados, para, finalmente, analizar las posibles implicaciones prácticas que se derivan del presente estudio, sus limitaciones y las futuras líneas de investigación en el marco de estudio de las pérdidas asociadas al envejecimiento y su regulación emocional.

### 5.4.1. Las Escalas de Evaluación del Impacto Psicológico de los Sucesos Vitales (EEIPSV)

El propósito central de la presente tesis doctoral es analizar el impacto psicológico que tienen en la actualidad los sucesos vitales ocurridos a lo largo de la vida, así como el papel que juegan las estrategias de regulación emocional relativas a esos sucesos (pensamiento rumiativo y crecimiento personal asociado a los sucesos vitales) en la explicación del bienestar actual de las personas mayores. Siguiendo el planteamiento general que sugiere la presente tesis doctoral, sobre la importancia de tener en cuenta las variables de regulación emocional para explicar el impacto que los sucesos vitales tienen sobre el bienestar emocional de las personas mayores, se han propuesto dos escalas que pretenden evaluar algunas de las estrategias de regulación y adaptación a los sucesos vitales que se han señalado en la literatura: el pensamiento rumiativo (Boelen et al., 2003; Ito et al., 2003; Moberly, 2008; Nolen-Hoeksema, 1997) y el crecimiento personal (Páez, 2011; Ryff, 1989). Para ello, se ha diseñado un instrumento de evaluación del impacto psicológico de los sucesos vitales, con base en estudios previos (Holmes et al., 1967, Sarason et al., 1978), formado por tres escalas diferenciadas que evalúan tres elementos: por un lado, la ocurrencia de determinados sucesos vitales tanto positivos (por ej., matrimonio) como

negativos (por ej., fallecimiento del cónyuge); por otro, la frecuencia con la que las personas presentan en la actualidad pensamientos rumiativos acerca de tales sucesos provocándoles malestar; y, por último, la capacidad de crecimiento personal y de aprendizaje asociado a cada uno de los sucesos vitales.

Como ya se ha comentado anteriormente, a diferencia de la mayoría de las escalas de sucesos vitales existentes, el instrumento que se propone en este estudio no permite conocer el momento en el que los sucesos vitales han ocurrido. La razón que explica esta característica es que la presente escala no tiene como objetivo fundamental ser una medida del impacto sobre la salud o cambio vital en el momento de experimentar el suceso vital, como ocurre en la mayoría de escalas clásicas, en las que se entiende el suceso como un estresor que produce cambios vitales en los meses posteriores (uno o dos años según escalas previas: Holmes et al., 1967; Sarason et al., 1978). En este trabajo, lo que se pretende es contar con una herramienta que facilite conocer el impacto que los eventos vitales acaecidos a lo largo de la vida de la persona tienen sobre su bienestar psicológico actual. En otras palabras: conocer si el evento (o, más bien, su recuerdo) afecta al bienestar emocional de forma negativa a través de mecanismos de rumiación (Davis y Nolen-Hoeksema, 2001; Stroebe et al., 2007) o si se trata de una experiencia ya elaborada (integrada y/o aceptada) de la que la persona ha sabido extraer aprendizaje y crecimiento personal (Nolen-Hoeksema y Davis, 2005; Páez et al., 2011).

En la Tabla 5.45 pueden observarse las hipótesis planteadas en relación al diseño y la validación de las Escalas de Evaluación del Impacto Psicológico de Sucesos Vitales Pasados (EEIPSV), junto con información relativa a su contraste.

**Tabla 5. 45.** Hipótesis planteadas relacionadas con el diseño y validación de las EEIPSV

Hipótesis general	Hipótesis específica	¿Los datos apoyan esta hipótesis?
<b>Hipótesis 1:</b> estructura factorial de la escala diseñada	1.1. Se espera encontrar que la escala de ocurrencia de sucesos vitales presentará una estructura bidimensional, con una clasificación de eventos en positivos y en negativos.	Sí
	1.2. Se espera encontrar que la escala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales presentará una estructura bidimensional, con una clasificación de eventos en positivos y en negativos.	Sí
	1.3. Se espera encontrar que la escala de crecimiento personal asociado a sucesos vitales presentará una estructura bidimensional, con una clasificación de eventos en positivos y en negativos.	Sí, parcialmente

Hipótesis general	Hipótesis específica	¿Los datos apoyan esta hipótesis?
<b>Hipótesis 2:</b> validez convergente de la escala	2.1. La escala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR) se relacionará significativa y positivamente con la escala de estilos de respuesta a la tristeza (Jackson y Nolen-Hoeksema, 1998).	Sí
	2.2. La escala de crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP) se relacionará significativa y positivamente con la subescala de crecimiento de la escala de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989).	Sí
<b>Hipótesis 3:</b> validez de criterio	3.1. Las escalas de ocurrencia de sucesos vitales (positivos y negativos) se mostrarán predictoras de la sintomatología depresiva y del bienestar psicológico.	Sí
	3.2. La escala de ocurrencia de sucesos vitales positivos mostrará relaciones estadísticamente significativas y positivas con las variables de bienestar psicológico y satisfacción con la vida. Además mostrará relaciones estadísticamente significativas y negativas con sintomatología depresiva y ansiedad.	Sí, parcialmente
	3.3. La escala de ocurrencia de sucesos vitales negativos mostrará relaciones estadísticamente significativas y negativas con las variables de bienestar psicológico, satisfacción con la vida. Además mostrará relaciones estadísticamente significativas y positivas con sintomatología depresiva y ansiedad	Sí, parcialmente
	3.4. El pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR) se relacionará de forma estadísticamente significativa y positiva con la sintomatología depresiva, ansiedad y con la evitación experiencial. Además se relacionará de forma estadísticamente significativa y negativa con el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida.	Sí
	3.5. El pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR) se mostrará como variable predictora significativa de la sintomatología depresiva y del bienestar psicológico.	Sí
	3.6. El crecimiento personal asociado a los sucesos vitales (EPR) se relacionará de forma estadísticamente significativa y negativa con la sintomatología depresiva, ansiedad, con el estilo rumiativo y con la evitación experiencial. Además se relacionará de forma estadísticamente significativa y positiva con el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida.	Sí, parcialmente
	3.7. El crecimiento personal asociado a los sucesos vitales (ECP) se mostrará como variable predictora significativa de la sintomatología depresiva y del bienestar psicológico	Sí, parcialmente
<b>Hipótesis 4:</b> relación con variables de salud	4.1. La escala de ocurrencia de sucesos vitales positivos (EO+) se relacionará de forma estadísticamente significativa y positiva con la vitalidad y la función física.	Sí, parcialmente
	4.2. La escala de ocurrencia de sucesos vitales negativos (EO-) se relacionará de forma estadísticamente significativa y negativa con la vitalidad y la función física.	Sí, parcialmente
	4.3. El pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR) se relacionará de forma estadísticamente significativa y negativa con la vitalidad y la función física.	Sí
	4.4. El crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP) se relacionará de forma estadísticamente significativa y positiva con la vitalidad y la función física.	Sí

#### 5.4.1.1. Escala de ocurrencia de sucesos vitales

La escala de ocurrencia de sucesos vitales se ha diseñado con el objetivo de disponer de un inventario de sucesos vitales que permita explorar la ocurrencia o no de determinados sucesos vitales significativos en la vida de las personas mayores que han sido evaluadas. Esta escala ha mostrado índices de fiabilidad moderados-bajos. Sin embargo, dadas las características de la escala, estos índices se consideran aceptables, puesto que no es esperable, en términos generales, que los ítems relativos a acumulación de acontecimientos diversos correlacionen entre sí (Sandín y Chorot, 1996). O, dicho de otro modo, no parece razonable que la ocurrencia de un suceso se relacione con la ocurrencia de otro, dato que, como señalan Sandín y Chorot (1996), en caso de haberse encontrado podría estar sugiriendo que la escala está midiendo algún factor de personalidad subyacente, en lugar de la acumulación de sucesos vitales discretos. Lógicamente, algunos sucesos vitales pueden presentar una relación significativa con otros (por ej., matrimonio con nacimiento de hijos/nietos). Sin embargo, lo más habitual es que dichos sucesos no se relacionen entre sí (por ej., nacimiento de hijos/nietos con viajes realizados).

Por lo que respecta a la estructura factorial de la escala, y cumpliendo con la hipótesis 1.1 propuesta, el análisis interjueces ha sugerido una estructura bidimensional que clasifica los sucesos en positivos (por ej., nacimiento de hijos/nietos) y negativos (por ej., separación/divorcio o fallecimiento del cónyuge), lo que coincide con otras propuestas de instrumentos de evaluación de sucesos vitales (Sarason et al., 1978).

Con referencia a los análisis descriptivos realizados, se ha encontrado que el suceso menos ocurrido en la muestra es la separación o divorcio, dato que parece razonable, al tratarse de población mayor de 60 años, que pertenece a una generación en la que la que el divorcio no estaba aún normalizado (y ni siquiera legalizado) en la sociedad en la que han vivido gran parte de sus vidas, donde ha predominado claramente un modelo de familia tradicional, resultando, por tanto, esta decisión difícil de llevar a cabo y/o integrar en sus vidas (Becerril, 2008). En relación con lo anterior, no sorprende encontrar que el suceso más experimentado por la muestra haya sido el del matrimonio (84.5%), seguido del nacimiento de hijos/nietos (80.7%).

Por otro lado, con respecto a las diferencias entre hombres y mujeres en la ocurrencia de sucesos vitales, se ha observado que los sucesos vitales positivos se han dado en mayor medida en los hombres que en las mujeres. A su vez, tales sucesos, si bien la mayor ocurrencia se ha observado en el grupo de mayor edad, las diferencias significativas sólo se

han encontrado entre el grupo de menor edad (60 a 69 años) y el grupo de edad intermedia (70-79), siendo el grupo de menor edad el que menor número de sucesos vitales positivos ha experimentado. Estos resultados pueden contextualizarse atendiendo al hecho de que la edad de jubilación actual son los 65 años y, en muchas situaciones, es a partir de ese período cuando pueden realizarse, en mayor medida, algunos de los sucesos vitales positivos recogidos en el instrumento, tales como los cambios laborales (jubilación), viajes o conocer nuevas amistades. Asimismo, el nacimiento de nietos también es uno de los sucesos vitales que va retrasando de forma progresiva su aparición. Si bien hace varias décadas la edad media de inicio de la maternidad era de entre 25 y 29, este perfil ha ido cambiando progresivamente, siendo, en la actualidad, más frecuente que dicho inicio se sitúe entre los 30-34 años (Maroto-Navarro, García-Calvente y Mateo Rodríguez, 2003), lo cual genera, de forma indirecta, que la edad media de inicio del rol de abuelo/a se vea igualmente retrasada.

Los resultados sobre la validez de criterio de la escala de ocurrencia son también consistentes con los señalados por otros estudios, en los que la experiencia de sucesos vitales negativos se relaciona de forma significativa con peor salud física y psicológica (Paykel, 2003; Segerstrom y Miller, 2004). De forma específica, los resultados obtenidos en relación con las correlaciones entre cada uno de los sucesos vitales con la sintomatología depresiva y el bienestar psicológico son también coincidentes con otros estudios al reflejar que uno de los eventos vitales que más afecta a la población mayor es el fallecimiento del cónyuge (Chan et al., 2011; Dendukuri, 2003; Fiske et al., 2003; Hobson et al., 1998). A su vez, otro de los sucesos que ha presentado relación significativa con el bienestar emocional (tanto con sintomatología depresiva como con bienestar psicológico) ha sido el de conocer nuevas amistades y experiencias de cambio de tipo laboral. En este sentido, cabe señalar la importancia de la implicación social de las personas mayores, tal y como se ha venido promoviendo desde la perspectiva del envejecimiento activo para fomentar la calidad de vida de la población mayor (Fernández-Ballesteros et al., 2013; Fernández-Ballesteros, 2011). En esta misma línea, con los datos obtenidos en cuando a las experiencias de tipo laboral, cabe sugerir que, a partir de la jubilación, las personas han de permanecer en contacto con su contexto social y/o laboral, y, una propuesta sería a través de, como ya se sugirió en el capítulo 1, la generatividad (Villar, 2012).

La hipótesis 3.1 se ve confirmada con los resultados obtenidos a través de las regresiones jerárquicas, sugiriendo que la ocurrencia de los sucesos vitales, tanto positivos como negativos, son predictores de la sintomatología depresiva y del bienestar psicológico. En relación a las hipótesis 3.2, 3.3, 4.1 y 4.2, se han visto confirmadas sólo parcialmente. Así, para la escala de ocurrencia de sucesos vitales positivos (hipótesis 3.2 y 4.1), se han

encontrado relaciones estadísticamente significativas y positivas con el bienestar psicológico y la vitalidad, y negativas con la sintomatología depresiva y la ansiedad. Por lo que respecta a la escala de ocurrencia de sucesos vitales negativos (hipótesis 3.3 y 4.2), se han encontrado relaciones estadísticamente significativas y positivas con sintomatología depresiva y negativas con satisfacción con la vida y con función física. Por lo tanto, tomados en su conjunto, los resultados confirman una de las hipótesis planteadas en este trabajo, que señalaba que la experiencia de sucesos vitales en el pasado puede relacionarse con el malestar emocional en la actualidad, tal y como había sido sugerido en estudios previos (Dulin y Passmore, 2010; Kraus, 2004; 2009; Kraus et al., 2004; Shira et al., 2012).

#### **5.4.1.2. Escala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales**

Por lo que respecta a la escala de pensamiento rumiativo (EPR), la primera hipótesis planteada para este estudio es la referida a la estructura factorial de la escala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (hipótesis 1.2). La escala global de pensamiento rumiativo (EPR) sobre sucesos vitales pasados muestra una estructura factorial bidimensional, siendo sus dos factores el pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales positivos (EPR+) y el pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales negativos (EPR-). Asimismo, los resultados sobre el posible ajuste de las subescalas por separado (como escalas unidimensionales: escala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales positivos/EPR+ y escala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales negativos/EPR-) han ido en la dirección esperada, habiendo mostrado dichas subescalas buenos índices de ajuste. En todos los casos, además, se han encontrado excelentes propiedades psicométricas, con buenos índices de consistencia interna.

La segunda hipótesis planteada para esta escala (hipótesis 2.1) fue la relativa a encontrar evidencia empírica que avalase su validez de constructo. Se ha confirmado tal hipótesis a través de la relación estadísticamente significativa encontrada entre esta variable (EPR) y la variable de estilo rumiativo (Jackson y Nolen-Hoeksema, 1998). Los resultados parecen sustentar la validez convergente de la escala, tanto para la escala global (EPR) como para las subescalas propuestas (escala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales, tanto positivos como negativos). Cabe señalar que la correlación obtenida no es lo suficientemente alta como para concluir que ambas variables representan el mismo constructo, en la línea de lo que se ha defendido a lo largo de este trabajo.

La tercera hipótesis propuesta para esta variable tiene que ver con la validez de criterio de la EPR, que ha sido evaluada a través de su relación con las variables psicológicas de resultado y las variables mediadoras de regulación emocional estables. Los resultados confirman la hipótesis de que el pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales es, en sí mismo, una variable asociada al malestar, con independencia de la naturaleza del evento vital experimentado. Concretamente, y confirmando la hipótesis 3.4, tanto la escala global de pensamiento rumiativo, como sus subescalas (sucesos positivos y sucesos negativos), han mostrado relaciones estadísticamente significativas y positivas con la sintomatología depresiva y la ansiedad, así como con la evitación experiencial. Por el contrario, las relaciones estadísticamente significativas con las variables positivas, tales como el bienestar psicológico o la satisfacción con la vida, han sido negativas. Además, estas variables, tanto en su escala global (EPR), como en las subescalas (EPR+ y EPR-), y confirmando la hipótesis 3.5, se han mostrado como predictoras de la sintomatología depresiva y del bienestar psicológico, explicando un porcentaje significativo de la varianza en el caso de la sintomatología depresiva (18%) y del bienestar psicológico (12%). De este modo, los resultados de este estudio son consistentes con estudios previos que han señalado igualmente la relación entre la rumiación y la sintomatología depresiva (Aldao et al., 2010; Lyubomirsky y Tkach, 2004; Watkins, 2008) y ansiosa (Aldao et al., 2010; Nolen-Hoeksema y Harrell, 2002). Es importante destacar que la inclusión del pensamiento rumiativo en el modelo explicativo de la sintomatología depresiva y del bienestar psicológico supone un aumento de la capacidad del modelo para explicar estas variables que, si bien es modesto, resulta significativo. Este dato aumenta su importancia cuando se tiene en cuenta que en el modelo están incluidas variables de regulación emocional cuya capacidad predictiva del bienestar ya ha sido claramente demostrada en estudios previos, como son el estilo rumiativo y la evitación experiencial. Así, el pensamiento rumiativo parece cubrir una parte de la explicación del bienestar que no estaba cubierta previamente por estas otras variables.

La hipótesis 4 tiene que ver con la relación entre las variables de pensamiento rumiativo y las variables de salud. Los resultados obtenidos permiten confirmar la hipótesis 4.3, habiéndose encontrado relaciones estadísticamente significativas y negativas entre las variables de pensamiento rumiativo y la función física y la vitalidad, informando de peores niveles de salud las personas que presentan altas puntuaciones en pensamiento rumiativo, datos que, a su vez, han sido encontrados en población mayor por otros autores (Thomsen et al., 2003; 2006).

En relación a los análisis descriptivos, tanto de los ítems como de la escala, realizados para la variable de pensamiento rumiativo sobre los sucesos vitales, se han realizado



análisis de las puntuaciones medias en los ítems y en las subescalas (pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales positivos y sobre los negativos) en la muestra total, así como análisis de las puntuaciones en cada suceso vital en función del sexo, del grupo de edad y del nivel de sintomatología depresiva. Como era esperable, la puntuación media en la subescala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales negativos ha sido significativamente superior a la de la subescala de pensamiento rumiativo sobre eventos positivos. Las personas presentan con mayor frecuencia pensamientos generadores de amargura y malestar asociados a experiencias negativas que a positivas. Sin embargo, a pesar de estos resultados, y del dato ya comentado relativo a la confirmación de una estructura bidimensional de la escala de pensamiento rumiativo, es evidente y llamativo que los participantes también informan de pensamientos rumiativos sobre eventos vitales positivos. Este dato resulta muy interesante y podría sugerir que la persona que tiende a rumiar, no lo hace sólo ante experiencias negativas, sino también en relación a experiencias positivas. Por otro lado, es posible que los supuestos sucesos positivos no fueran realmente tan positivos para estas personas o, de forma alternativa, que el recuerdo de eventos pasados positivos se vuelva amargo en personas con esta tendencia a rumiar, anulándose el efecto positivo de los sucesos positivos en estas personas rumiantes.

De forma específica, los análisis descriptivos realizados con la muestra global revelan que los sucesos vitales sobre los que aparece con mayor frecuencia pensamiento rumiativo son el fallecimiento del cónyuge y de otro familiar, y los que menos, los viajes realizados y el nacimiento de hijos y nietos.

En relación al sexo, el análisis específico por ítems no muestra apenas diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones entre hombres y mujeres. Las únicas diferencias estadísticamente significativas encontradas han sido para el fallecimiento de un familiar cercano y para la enfermedad importante (física o mental) de uno mismo, presentando las mujeres mayores puntuaciones que los hombres en pensamiento rumiativo. Asimismo, cabe destacar que las mayores puntuaciones de pensamiento rumiativo obtenidas, tanto en el grupo de mujeres como en el de hombres, han sido en relación con la muerte del cónyuge y el fallecimiento de un familiar cercano. Por el contrario, los sucesos que menor pensamiento rumiativo asociado tienen, tanto en hombres como en mujeres, son el nacimiento de los hijos/nietos y los viajes realizados. En el análisis descriptivo de la escala, las puntuaciones tanto en la escala global de pensamiento rumiativo (EPR) como en la subescala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales negativos (EPR-) han sido significativamente mayores en el grupo de mujeres que en el de hombres. Estos resultados son consistentes con los encontrados en estudios previos, que también

reflejan que las mujeres presentan mayores niveles de rumiación que los hombres (Aldao et al., 2010; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Nolen-Hoeksema y Aldao, 2011; Sutterlin et al., 2012).

Por lo que respecta a la sintomatología depresiva, los análisis descriptivos de los ítems por cada suceso vital muestran una evidente diferencia entre las puntuaciones en pensamiento rumiativo sobre cada uno de los sucesos vitales en función de si las personas presentan altas o bajas puntuaciones de sintomatología depresiva (puntuaciones inferiores vs. superiores a 16 en la escala CES-D). Las personas que tienen altos niveles de sintomatología depresiva son las que mayor nivel de pensamiento rumiativo presentan en prácticamente todos los sucesos vitales (excepto separación/divorcio y conflicto con amistades). De nuevo, los sucesos vitales sobre los que más pensamientos rumiativos existen son el fallecimiento del cónyuge y el fallecimiento de otro familiar, tanto para las personas con altos niveles de sintomatología depresiva como bajos. Por el contrario, los sucesos que menor pensamiento rumiativo asociado tienen, de igual modo que en la distribución por hombres y mujeres, tanto en el grupo de alta sintomatología depresiva como en la baja, son el nacimiento de los hijos/nietos y los viajes realizados. En el análisis descriptivo de la escala, las puntuaciones tanto en la escala global de pensamiento rumiativo (EPR) como en las subescalas (EPR+ y EPR-) han sido significativamente mayores en el grupo de personas con altas puntuaciones de sintomatología depresiva, datos consistentes con los encontrados por otros autores ya citados con anterioridad que han señalado la alta relación entre depresión y rumiación (Aldao et al., 2010; Lyubomirsky y Tkach, 2004; Watkins, 2008).

Tras los resultados aquí presentados, atendiendo a las relaciones positivas encontradas entre el pensamiento rumiativo asociado a sucesos vitales y las variables de resultado negativas y las variables de regulación emocional desadaptativas, se sugiere que la variable que evalúa el instrumento propuesto (EEIPSV) puede ser considerada como una variable de regulación emocional desadaptativa, tal y como se ha señalado en estudios previos (Baker, 2001; Boelen et al., 2003; Nolen-Hoeksema, 1991; Moberly y Watkins, 2008). Pese a que numerosos estudios habían relacionado la rumiación sobre sucesos vitales y recuerdos del pasado con malestar emocional, hasta la fecha no existían instrumentos de medida específicos para evaluar este tipo de pensamiento rumiativo tan específico y relativo a sucesos vitales. El presente trabajo ofrece una nueva escala con adecuadas propiedades psicométricas que es capaz de evaluar este tipo de pensamiento rumiativo específicamente asociado con los sucesos vitales experimentados en el pasado.

Como ya se comentó en el capítulo 3, uno de los elementos señalados como fundamentales en la explicación del malestar y la sintomatología depresiva en las personas tras sufrir pérdidas afectivas es el uso de la rumiación asociada a los recuerdos de tal pérdida, como estrategia de regulación emocional, lo cual puede facilitar el desarrollo de un duelo complicado (Boelen et al., 2006; Nolen-Hoeksema, 2001; Shear et al., 2007; Stroebe et al., 2007; Nolen-Hoeksema et al., 2008). Resulta interesante comprobar que son precisamente los eventos vitales relacionados con el fallecimiento tanto del cónyuge como de otro familiar cercano los que se asocian a un mayor nivel de pensamiento rumiativo en el presente estudio, resultado consistente con los encontrados en estudios previos (Chan, et al., 2001, Vinkers et al, 2003). Sin embargo, resulta llamativo el dato de que, mientras que el pensamiento rumiativo sobre el fallecimiento de un familiar cercano y sobre otros sucesos vitales (por ej., conflicto familiar importante, matrimonio, etc.) se relaciona con la sintomatología depresiva y el bienestar psicológico, en el caso del fallecimiento del cónyuge es la ocurrencia de hecho en sí, y no el pensamiento rumiativo sobre éste, lo que presenta asociaciones con el malestar emocional. Cabría hipotetizar y analizar en futuros estudios si este resultado puede explicarse por el hecho de que la ocurrencia haya sido más reciente (comparado con otros sucesos tales como el matrimonio, los hijos, o incluso el fallecimiento de otro familiar) y que, al ser un evento tan sumamente devastador, sea la ocurrencia por sí misma la generadora de malestar, o incluso, que no se hayan puesto en marcha todavía las estrategias de regulación emocional desadaptativas (ni adaptativas) tales como el pensamiento rumiativo. Esto podría suponer que la variable empleada para medir tal pensamiento, implica un tipo de malestar o amargura relacionado con sucesos más remotos que recientes. En cualquier caso, el no disponer de las fechas en las que tales eventos se han producido es una limitación muy importante de este trabajo, lo cual imposibilita analizar estas posibles explicaciones.

Una importante conclusión del presente estudio es la naturaleza disfuncional del pensamiento rumiativo asociado a sucesos vitales. En este sentido, llama la atención que esta disfuncionalidad del pensamiento rumiativo se presente tanto si éste se refiere a sucesos vitales pasados negativos como positivos. Estos datos indican que el proceso cognitivo de la rumiación se aplica también a contenidos mentales sobre hechos pasados que han sido, en principio, positivos. En el estudio se hace evidente que hay sucesos ante los que es más improbable tener pensamientos rumiativos, como es el nacimiento de hijos o nietos. Sin embargo, resultan muy interesantes los datos de que, incluso en relación a eventos que suelen ser claramente positivos, como realizar viajes, las personas con sintomatología depresiva presenten una media de pensamiento rumiativo mayor que los

que no presentan dicha sintomatología, o que el pensamiento rumiativo sobre este tipo de eventos (por ej., viajes) se asocie negativamente con bienestar. Como ya se ha comentado, es posible que eventos que han sido vividos como positivos se "negativicen" con el paso de los años. En este sentido, es posible que, en estas personas, el pensamiento rumiativo en relación a estos sucesos refleje procesos de evocación nostálgica, potencialmente relacionados con el esquema "en el pasado todo fue mejor" y con un marco relacional de comparación "pasado mejor" versus "presente peor".

En cualquier caso, es relevante que la escala de pensamiento rumiativo presente buenas propiedades psicométricas en su formato bidimensional, tanto para los sucesos vitales positivos como para los negativos puesto que, en numerosas ocasiones, las personas presentarán un escaso o nulo número de sucesos vitales de una u otra categoría (por ej., una persona podría no haber sufrido ninguno de los sucesos vitales negativos que evalúa la escala -divorcio, fallecimiento del cónyuge, fallecimiento de otro familiar significativo, enfermedades, conflictos con amistades problemas económicos o ninguna otra experiencia traumática) y sin embargo presentar rumiaciones con recuerdos del pasado basados en sucesos positivos, en la línea de lo comentado en el párrafo anterior (por ej., haber tenido un matrimonio poco gratificante, o haber tenido una insatisfactoria educación para sus hijos). Si bien, es de destacar que es una importante limitación no haber incluido en el instrumento, la posibilidad de incluir por parte de la persona si el evento es positivo o negativo en relación a su experiencia emocional.

En relación con la evaluación e intervención psicológica con la población mayor, en la que suele aparecer ese proceso de reflexión sobre los recuerdos del pasado (Erikson, 1963), parece especialmente útil contar con una escala de medida que pueda usarse, tanto de forma individual como grupal, para evaluar la presencia del pensamiento rumiativo sobre eventos pasados y, de este modo, poder analizar la importancia de esta variable en la explicación del origen y mantenimiento de la sintomatología depresiva en esta población. Es posible que la acumulación de sucesos vitales negativos que puede ocurrir a lo largo del ciclo vital lleve a que algunas personas mayores, quienes se encuentran en esta fase, tal y como propone Erikson (1963), de revisión e integración de sus vidas, construyan o mantengan (pueden haberla ido construyendo a lo largo de su vida) una "historia de vida" con predominio de contenido negativo, que facilite la frecuente activación de pensamientos rumiativos relacionados con las pérdidas y experiencias negativas experimentadas. Ese proceso podría entenderse por ejemplo, y de acuerdo con Zettle et al., (2009), como el resultado de una elevada fusión cognitiva con su historia de experiencias negativas. Este fenómeno adquiere una especial relevancia si se tiene en cuenta que la historia vital de la persona permite

integrar el significado de los cambios que se van experimentando a lo largo de la vida, para dar un sentido de unidad y coherencia (McAdams, 2001). En este sentido, Villar (2006) ha propuesto que la historia vital recogería todas aquellas experiencias que, por un motivo u otro, las personas consideran significativas de su trayectoria vital, lo que le ofrece unidad y propósito (Villar, 2006). Por ello, identificar pensamientos rumiativos generadores de malestar sobre sucesos vitales pasados puede, igualmente, facilitar el diseño y aplicación de intervenciones que se dirijan, específicamente, a la modificación de estos patrones rumiativos disfuncionales y el entrenamiento en estrategias adaptativas que permitan la aceptación e integración de los sucesos negativos y las pérdidas (Nolen-Hoeksema, 2001; Stroebe et al., 2007).

#### 5.4.1.3. Escala de crecimiento personal asociado a sucesos vitales

Para la escala de crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP), la primera hipótesis propuesta hace referencia a la estructura factorial de la escala de crecimiento personal asociado a los sucesos vitales (hipótesis 1.3). En este caso, la escala global de crecimiento personal asociado a sucesos vitales pasados (ECP) ha mostrado resultados más limitados que la escala de pensamiento rumiativo en cuanto a su estructura factorial, habiéndose encontrado resultados limitados tanto para la solución bifactorial como para la solución unidimensional de la subescala crecimiento asociado a sucesos vitales positivos (ECP+). Sin embargo, sí se han encontrado resultados aceptables para la medida unidimensional de crecimiento personal asociado a sucesos vitales negativos (ECP-). Estos datos son consistentes con los encontrados en los estudios realizados sobre crecimiento postraumático (Tugade y Fredrickson, 2004), en los que tal crecimiento ha sido estudiado fundamentalmente a partir de experiencias negativas. Y, más concretamente, Calhoun y Tedeschi (1999) han señalado que el crecimiento postraumático no se produce en ausencia de emociones negativas en relación al suceso ocurrido. Por lo que se refiere a la fiabilidad de la escala, la escala global de crecimiento personal y sus subescalas han mostrado índices de consistencia aceptables (sucesos positivos) y excelentes (escala global y sucesos negativos).

La segunda hipótesis planteada es la relativa a la validez de constructo de la escala (hipótesis 2.2). Esta hipótesis se ha confirmado a través de la relación estadísticamente significativa encontrada entre esta variable (ECP) y la variable de crecimiento personal (Ryff, 1989). La asociación entre ambas variables ( $r = .21$ ), hace suponer que se trata de constructos relacionados aunque, como era esperable, no idénticos. Así, el crecimiento

personal que se propone para esta escala se refiere a un tipo de crecimiento específico, el crecimiento asociado a los sucesos vitales, el cual no es evaluado por el constructo propuesto por Ryff (1989), que propone una medida más global sobre la capacidad de crecimiento personal sobre su vida en general. Se puede sugerir, por lo tanto, que la ECP presenta una adecuada validez convergente tanto para la escala global (ECP) como para las subescalas de crecimiento personal asociado a los sucesos vitales positivos y los negativos.

La validez de criterio de la escala de crecimiento personal asociado a sucesos vitales se señaló en la tercera hipótesis. Los resultados obtenidos en el análisis correlacional y de regresión jerárquica con las variables resultado y de salud sugieren que esta escala presenta una adecuada validez de criterio. En relación a las correlaciones, y cumpliendo parcialmente la hipótesis 3.6, la escala global de crecimiento personal ha mostrado relaciones estadísticamente significativas y negativas con la sintomatología depresiva y la ansiedad, así como con las estrategias de regulación emocional estables (el estilo rumiativo y la evitación experiencial). Por el contrario, la relación ha sido estadísticamente significativa y positiva con el bienestar psicológico, y no ha sido significativa para la variable de satisfacción con la vida. Por lo que respecta al análisis de regresión, y cumpliendo parcialmente la hipótesis 3.7, la escala global de crecimiento personal (ECP) y la subescala de crecimiento personal asociado a sucesos positivos (no así la subescala de los negativos) se han mostrado como predictoras (relación inversa) tanto de la sintomatología depresiva como del bienestar psicológico, explicando un moderado porcentaje de la varianza en el caso de la sintomatología depresiva (4.7 %) y un porcentaje algo mayor en el caso de bienestar psicológico (8%). Los resultados aquí presentados son consistentes con los encontrados en la literatura científica, en la que se ha propuesto que encontrar beneficios de experiencias traumáticas se ha relacionado con una menor depresión y con un mayor bienestar psicológico (Hegelson et al., 2006; Tennen et al., 2006; Zoellner et al., 2006).

La hipótesis 4 tiene que ver con la relación entre las variables de crecimiento personal asociado a los sucesos vitales con las variables de salud. Los resultados obtenidos permiten confirmar las hipótesis planteadas (hipótesis 4.4), habiéndose encontrado relaciones estadísticamente significativas y positivas entre las variables de crecimiento personal y la función física y la vitalidad. Hasta donde sabemos, hay escasa evidencia de que el crecimiento postraumático esté relacionado con variables físicas de salud y de calidad de vida, tal y como han señalado otros autores (Vázquez y Castilla, 2007). Tal y como han señalado estos autores, los estudios han estado más dirigidos a constatar los efectos positivos del afecto positivo sobre la salud física (menor morbilidad, mayor resistencia inmune y mayor longevidad) de la persona (Pressman y Cohen, 2005). Así, tales emociones

positivas podrían ser el mecanismo a través de cual -a falta de otros estudios experimentales más exhaustivos- podría explicarse la relación positiva encontrada entre el crecimiento personal asociado a los sucesos vitales y la salud física. A pesar de esto, los resultados obtenidos coinciden con los estudios que proponen que la capacidad de aprendizaje de experiencias vitales produce en la persona cambios positivos (Páez et al., 2011; Tedeschi et al., 1998) que, además de relacionarse con un mejor estado emocional, podría facilitar una mejor percepción del estado de salud (Helgeson et al., 2006; Tennen et al., 2006; Zoellner et al., 2006).

En relación a los análisis descriptivos de los sucesos vitales específicos, el análisis en la muestra total revela que los participantes informan de un mayor crecimiento personal en relación a los sucesos positivos que en relación a los negativos. Particularmente, los sucesos que mayores niveles de crecimiento personal han obtenido para la muestra global son el nacimiento de hijos, seguido del matrimonio, y por el contrario, los sucesos sobre los que menos se ha experimentado crecimiento personal asociado han sido hacia el fallecimiento del cónyuge y las experiencias traumáticas. El suceso vital en el que mayores niveles de crecimiento personal se experimentan es, tanto para hombres como para mujeres, el nacimiento de hijos/nietos. El suceso que menor nivel de crecimiento asociado presenta es el fallecimiento del cónyuge, seguido de las experiencias traumáticas personales, en el caso de las mujeres, y la enfermedad importante de uno mismo y experiencias traumáticas personales, en el caso de los hombres. En el análisis descriptivo de los ítems (cada suceso vital) en función del sexo sólo se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones entre hombres y mujeres en el matrimonio, presentando los hombres mayores niveles de crecimiento personal. Este resultado es coincidente con estudios previos que han encontrado que el matrimonio es un factor protector en hombres mayores, pero no directamente en las mujeres (Gallo, Troxel, Matthews y Kuller, 2003). Este estudio longitudinal comprobó que el matrimonio (como mera experiencia) para los hombres conllevaba beneficios para su salud (enfermedades cardiovasculares). Sin embargo, tal ocurrencia no era suficiente para asegurar los mismos beneficios en las mujeres, sino que era necesario que informaran, adicionalmente, de una satisfacción con el matrimonio. Por tanto, el matrimonio tiene efectos positivos en las mujeres sólo si es satisfactorio (Gallo et al., 2003). Estos datos pueden permitir explicar que en el presente estudio, sean los hombres los que experimenten mayores niveles de crecimiento ante dicho evento; en las mujeres, tal crecimiento podría estar mediado por otro tipo de variables, entre las que se encontraría la satisfacción y/o beneficios obtenidos del matrimonio -lo cual no se ha evaluado en este estudio-.

La comparación de las puntuaciones medias de hombres y mujeres en las subescalas de crecimiento personal asociada a sucesos vitales positivos (ECP+) y la relativa a los sucesos vitales negativos (ECP-) no revela diferencias estadísticamente significativas. Estos resultados son consistentes con los encontrados recientemente por Bilbao et al., (2013), quienes no obtuvieron diferencias significativas entre hombres y mujeres en la variable de crecimiento psicológico –evaluado como el crecimiento postraumático- tras la experiencia de los sucesos estresantes. Sin embargo, cuando no se diferencia entre los sucesos vitales positivos y los negativos (escala ECP), sí se encuentran diferencias estadísticas, siendo los hombres los que presentan una mayor puntuación media en crecimiento personal asociado a los sucesos vitales.

Por lo que respecta a la sintomatología depresiva, en el análisis descriptivo por ítems (por cada suceso vital) se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de crecimiento personal en algunos de los sucesos vitales en función del perfil de sintomatología depresiva (puntuaciones inferiores y superiores al punto de corte establecido en la CES-D). Concretamente, estas diferencias se han observado en los sucesos de matrimonio, nacimiento de hijos y problemas económicos, siendo las puntuaciones en crecimiento mayores para el grupo de personas que presentan bajos niveles de sintomatología depresiva. Los sucesos vitales en los que más crecimiento personal se presenta son el nacimiento de hijos y los viajes realizados, tanto en el grupo de personas con altas como bajas puntuaciones en sintomatología depresiva. Por el contrario, los sucesos que menor crecimiento personal asociado tienen son en el fallecimiento del cónyuge, en los dos grupos, seguido de experiencias traumáticas personales para el grupo de personas con probable depresión clínica, y el fallecimiento de un familiar cercano (todas pérdidas afectivas) en el grupo de bajos niveles de sintomatología depresiva. Esta idea se retomará más adelante. En el análisis descriptivo de la escala, tanto las puntuaciones de la escala global de crecimiento personal (ECP) como las de la subescala de sucesos vitales positivos (ECP+) (no así para la subescala de crecimiento personal asociado a los sucesos vitales negativos) han sido estadísticamente mayores en el grupo de personas con bajas puntuaciones en sintomatología depresiva. Estos resultados podrían justificarse por el efecto negativo y mediador que ejerce la rumiación en la población deprimida (Nolen-Hoeksema et al., 2008) y, más concretamente, en su proceso de aceptación de pérdidas afectivas (crecimiento personal), tal y como ya se ha sugerido previamente (Boelen et al., 2003; Stroebe et al., 2007). Así, en personas con elevada sintomatología depresiva, la rumiación podría llegar a neutralizar el efecto positivo de los eventos positivos, así como del crecimiento personal asociado tanto a ellos como a los sucesos negativos.



Por tanto, los resultados obtenidos, en consonancia con estudios previos (Davis et al., 1998; Nolen-Hoeksema y Davis, 2005; Páez et al., 2011), sugieren que la variable de crecimiento personal es una medida positiva de afrontamiento de los sucesos vitales, por su relación, ya descrita, con las variables de resultado y mediadoras estudiadas en el presente estudio. Esta capacidad de extraer aprendizajes positivos sobre las experiencias vitales negativas ya ha sido propuesta por diversos autores, como Nolen-Hoeksema y Larson, (1999), quienes proponen que sucesos vitales poco frecuentes (como por ej., sufrir un atentado) pueden provocar cambios positivos en las personas a raíz de las pérdidas experimentadas. Es de destacar que el crecimiento que en este trabajo se presenta, tal y como se había sugerido, es una medida más relacionada con el bienestar eudaimónico (Ryff, 1989) que con el hedónico, lo cual se puede confirmar tras los resultados de los análisis de correlación, en los que la escala global de crecimiento se ha relacionado sólo con el bienestar psicológico y no con la satisfacción con la vida, constructo más relacionado con el bienestar hedónico, tal y como han sugerido algunos autores (Diener et al., 1985).

De este modo, se ofrece una escala que, aun presentando algunas limitaciones en sus características psicométricas, cubre un tipo de crecimiento personal que hasta la fecha no había sido evaluado mediante un instrumento. Si bien la mayoría de estudios (Calhoun y Tedeschi, 2006; Masten, 2001) han estado basados en un crecimiento postraumático, basado en su mayoría en experiencias traumáticas extraordinarias (por ej., atentados terroristas) y centradas en analizar el tipo de aprendizaje que han obtenido las personas (por ej., “cambios en mis creencias y valores”), la escala que se propone evalúa un tipo de crecimiento más relacionado con sucesos cotidianos que podría haber experimentado un gran número de personas, lo cual ha sido reclamado por algunos autores (Affleck y Tennen, 1991; Park, 1999). En este sentido, tal y como ya se ha señalado en la literatura (Davis, et al., 1998; Park y Folkman, 1997), esta capacidad o estrategia de afrontamiento basada en el crecimiento personal podría ayudar a la persona en su proceso de adaptación a tales sucesos, permitiéndole realizar una construcción adaptativa del significado de tal experiencia. En este punto, cabe recordar los resultados obtenidos en relación a las diferencias encontradas entre el crecimiento personal de los sucesos vitales positivos y negativos, presentado, para la muestra general, mayores niveles en el crecimiento de sucesos vitales positivos que negativos. En este sentido cabe plantearse si, la interpretación que han llevado a cabo los participantes, del tipo de crecimiento preguntado, ha sido un tipo de crecimiento más relacionado con las experiencias en la vida (lo cual estaría justificando un mayor crecimiento ante los sucesos positivos), y no tanto, el entendido –y pretendido en este trabajo- crecimiento ante los eventos negativos. En este sentido, cabe recordar que, Calhoun

y Tedeschi (1999) sugieren que en ausencia de emociones negativas y estrés, no se produciría crecimiento postraumático, de manera que, es posible que, pese al intento de fusionar ambos constructos -crecimiento como enriquecimiento personal a partir de experiencias negativas (tal y como lo plantea el crecimiento postraumático), y crecimiento, como aspecto general en la persona para obtener enriquecerse de las experiencias vitales que tienen lugar en la vida, tanto positivas como negativas (tal como el planteado por Ryff, 1989)-, la medida para los distintos sucesos vitales (positivos Vs negativos) haya de ser diferente en función de si son aspectos positivos o negativos ocurridos en la vida de la persona.

Tras las consideraciones anteriores, puede concluirse que el crecimiento personal que se evalúa en esta escala puede ser considerada como una variable positiva o adaptativa en sí misma, con independencia de la valencia del suceso vital al que haga referencia. En este sentido, una aportación fundamental del estudio es subrayar que esta variable podría ser fomentada, como ya se ha sugerido (Affleck y Tennen, 1991; Davis y McKearney, 2003; Páez et al., 2011), para la mejora del estado de ánimo de las personas mayores, potenciando la búsqueda de un crecimiento tanto ante los sucesos negativos como los positivos experimentados, no necesariamente en el presente o muy recientemente, ya que el crecimiento podría también fomentarse a partir de los recuerdos de eventos experimentados en el pasado. Cabe destacar en este punto que, en la misma línea que para la escala de pensamiento rumiativo, el suceso ante el que menores niveles de crecimiento personal experimentan las personas, fundamentalmente para las mujeres, es el del fallecimiento del cónyuge. Tomando en consideración la alta prevalencia con la que este suceso vital ocurre en la población mayor, y las consecuencias negativas que presenta tanto para la salud física como psicológica (Chan et al., 2011; Vinkers et al., 2003), sería muy útil proponer acciones terapéuticas dirigidas a fomentar tal crecimiento y, con ello, reducir los niveles de malestar asociados a esa pérdida.

Para finalizar la discusión sobre los resultados relativos a las Escalas de Evaluación del Impacto Psicológico de los Sucesos Vitales (EEIPSV) se presenta en la Tabla 5.46 un resumen de las relaciones estadísticamente significativas encontradas entre las variables estudiadas a través de las escalas EEIPSV y el resto de variables estudiadas.

**Tabla 5. 46.** Relaciones estadísticamente significativas de las EEIPSV con las variables del estudio

Mayor frecuencia de sucesos positivos (EO+)	Mayor frecuencia de sucesos negativos (EO-)
--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menores niveles de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales</li> <li>- Menores niveles de sintomatología depresiva</li> <li>- Mayores niveles de bienestar psicológico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayores niveles de estilo rumiativo</li> <li>- Mayores niveles de evitación experiencial</li> <li>- Menores niveles de crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP)</li> <li>- Mayores niveles de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR)</li> <li>- Mayores niveles de sintomatología depresiva</li> </ul>
<b>Mayores niveles de pensamiento rumiativo (EPR)</b>	<b>Mayores niveles de crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser mujer</li> <li>- Menores niveles de función física</li> <li>- Menor frecuencia de sucesos vitales positivos</li> <li>- Mayor frecuencia de sucesos vitales negativos</li> <li>- Mayores niveles de estilo rumiativo</li> <li>- Mayores niveles de evitación experiencial</li> <li>- Menores niveles de crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP)</li> <li>- Mayores niveles de sintomatología depresiva</li> <li>- Menores niveles de bienestar psicológico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menos edad</li> <li>- Ser hombre</li> <li>- Mayores niveles de función física</li> <li>- Menor frecuencia de sucesos negativos</li> <li>- Menores niveles de estilo rumiativo</li> <li>- Menores niveles de evitación experiencial</li> <li>- Mayores niveles de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR)</li> <li>- Menores niveles de sintomatología depresiva</li> <li>- Mayores niveles de bienestar psicológico</li> </ul>

#### 5.4.2. Análisis de la relación entre los sucesos vitales, las variables de regulación emocional y el malestar psicológico

En la Tabla 5.47 se presentan las hipótesis planteadas referidas al estudio de la relación entre los sucesos vitales, las variables de regulación emocional y el malestar psicológico.

**Tabla 5. 47.** Hipótesis relativas a la relación entre los sucesos vitales, las variables de regulación emocional y el malestar psicológico

Hipótesis general	Hipótesis específica	¿Los datos apoyan esta hipótesis?
<b>Hipótesis 5:</b>  Análisis por perfiles psicológicos	5.1. Se espera encontrar un perfil de personas que presenten peor estado emocional (mayores puntuaciones en sintomatología depresiva y menores niveles en bienestar psicológico) en presencia de altos niveles de regulación emocional desadaptativa (evitación experiencial, estilo rumiativo y pensamiento rumiativo) y bajos niveles de regulación emocional adaptativa (crecimiento personal sobre sucesos vitales).	Sí
	6.1. Las variables de ocurrencia de sucesos vitales será un predictor de la sintomatología depresiva.	Sí
<b>Hipótesis 6:</b>  Predicción del malestar psicológico	6.2. Las variables de ocurrencia de sucesos vitales será un predictor del bienestar psicológico.	Sí
	6.3. Las variables de regulación emocional estables (evitación experiencial y estilo rumiativo) contribuirán de forma estadísticamente significativa a la explicación de la varianza de la sintomatología depresiva.	Sí
	6.4. Las variables de regulación emocional estables (evitación experiencial y estilo rumiativo) contribuirán de forma estadísticamente significativa a la explicación de la varianza del bienestar psicológico.	Sí
	6.5. El pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales contribuirá de forma estadísticamente significativa a la explicación de la varianza para la sintomatología depresiva, habiendo controlado previamente los efectos de las variables estables de regulación emocional (evitación experiencial y estilo rumiativo).	Sí
	6.6. El pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales contribuirá de forma estadísticamente significativa a la explicación de la varianza para el bienestar psicológico, habiendo controlado previamente los efectos de las variables estables de regulación emocional (evitación experiencial y estilo rumiativo).	Sí parcialmente
	6.7. El crecimiento personal asociado a sucesos vitales contribuirá de forma estadísticamente significativa a la explicación de la varianza para la sintomatología depresiva, habiendo controlado previamente los efectos de las variables estables de regulación emocional (evitación experiencial y estilo rumiativo) y el pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales.	Sí
	6.8. El pensamiento rumiativo asociado a sucesos vitales contribuirá de forma estadísticamente significativa a la explicación de la varianza para el bienestar psicológico, habiendo controlado previamente los efectos de las variables estables de regulación emocional (evitación experiencial y estilo rumiativo) y el pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales.	Sí

Hipótesis general	Hipótesis específica	¿Los datos apoyan esta hipótesis?
<b>Hipótesis 7:</b> Análisis de mecanismos de mediación entre las variables	7.1. El pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales mediará la ocurrencia de sucesos vitales positivos y la sintomatología depresiva	No
	7.2. El pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales mediará la ocurrencia de sucesos vitales negativos y la sintomatología depresiva	Sí
	7.3. El pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales mediará la ocurrencia de sucesos vitales positivos y el bienestar psicológico	No
	7.4. El pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales mediará la ocurrencia de sucesos vitales negativos y el bienestar psicológico	Sí, parcialmente
	7.5. El crecimiento personal asociado a sucesos vitales mediará la ocurrencia de sucesos vitales positivos y la sintomatología depresiva	Sí
	7.6. El crecimiento personal asociado a los sucesos vitales mediará la ocurrencia de sucesos vitales negativos y la sintomatología depresiva	Sí
	7.7. El crecimiento personal asociado a los sucesos vitales mediará la ocurrencia de sucesos vitales positivos y el bienestar psicológico	No
	7.8. crecimiento personal asociado a los sucesos vitales mediará la ocurrencia de sucesos vitales negativos y el bienestar psicológico	Sí, parcialmente
	7.9. La evitación experiencial mediará entre la ocurrencia de los sucesos vitales negativos y el malestar emocional (sintomatología depresiva y bienestar psicológico)	No
	7.10. El estilo rumiativo mediará entre la ocurrencia de los sucesos vitales negativos y el malestar emocional (sintomatología depresiva y el bienestar psicológico).	Sí
	7.11. El pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR) mediará entre la ocurrencia de los sucesos vitales positivos y el malestar emocional (sintomatología depresiva y bienestar)	Sí, parcialmente
	7.12. El pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR) mediará entre la ocurrencia de los sucesos vitales negativos y el malestar emocional (sintomatología depresiva y bienestar)	Sí
	7.13. El crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP) mediará entre la ocurrencia de sucesos vitales positivos y el malestar emocional (sintomatología depresiva y bienestar psicológico).	Sí, parcialmente
	7.14. El crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP) mediará entre la ocurrencia de sucesos vitales negativos y el malestar emocional (sintomatología depresiva y bienestar psicológico).	Sí
	7.15. El estilo rumiativo no mediará la relación entre pensamiento rumiativo y malestar psicológico	Sí
	7.16. La evitación experiencial no mediará la relación entre pensamiento rumiativo y malestar psicológico	Sí
	7.17. El estilo rumiativo mediará parcialmente la relación entre la evitación experiencial y el malestar psicológico	Sí

#### 5.4.2.1. Perfiles psicológicos de vulnerabilidad

En este apartado se describirán los principales resultados encontrados en los análisis de correlaciones y de perfiles en función de las estrategias de regulación emocional.

Principalmente, se describirán y discutirán los resultados obtenidos para las variables de estilo rumiativo y evitación experiencial, puesto que las variables de regulación emocional asociada a sucesos vitales han sido descritas en el apartado anterior.

En primer lugar, los resultados obtenidos en los análisis correlacionales apuntan en la dirección de estudios preliminares (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012; Baker et al., 2007; Hayes et al., 1996; Moberly y Watkins, 2008), que consideran el estilo rumiativo, la evitación experiencial y el pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales como variables desadaptativas que se relacionan de forma positiva con la sintomatología depresiva. De forma específica, los resultados obtenidos en relación con el estilo rumiativo apuntan en la dirección de estudios previos (Lyubomirsky et al., 1998; Watkins, 2008), mostrando relaciones estadísticamente significativas y positivas con la sintomatología depresiva y con la evitación experiencial. Además, la relación ha sido estadísticamente significativa pero negativa con la variable de bienestar psicológico y la función física, tal y como se ha encontrado en investigaciones previas (Johansen, 2008; Sansone y Sansone, 2012; Thompson et al., 2004). Asimismo, y también de forma consistente con los resultados obtenidos en estudios previos (Lyubomirsky et al., 1993; Moberly y Watkins, 2008), el estilo rumiativo se ha relacionado de forma estadísticamente significativa y positiva con la ocurrencia de sucesos vitales negativos. Además, como viene siendo habitual en la literatura, en el presente estudio se ha encontrado que las mujeres presentan niveles de estilo rumiativo significativamente superiores a los presentados por los hombres (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Sütterlin et al., 2012). Por lo tanto, puede confirmarse que el estilo rumiativo es una variable de regulación emocional desadaptativa que se relaciona de forma significativa y negativa con variables negativas, tales como el bienestar psicológico, la función física y el crecimiento personal asociado a los sucesos vitales, y de forma positiva con variables negativas, como son la sintomatología depresiva, la evitación experiencial o el pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales.

Por su parte, los resultados obtenidos con la variable de evitación experiencial son consistentes con los planteados en los trabajos previos en los que se plantea esta variable como una estrategia de regulación afectiva especialmente negativa en la vejez, por sus efectos sobre la salud tanto física (Kraaij et al., 2002; Wallace et al., 2001), como emocional (Butler, 2007; Andrew y Dublin, 2007) y, de forma particular, por su relación con los procesos de adaptación y aceptación de las numerosas situaciones vitales a las que se enfrentan las personas mayores (Andrew y Dublin, 2007). Concretamente, en el presente estudio se han encontrado relaciones estadísticamente significativas entre la evitación experiencial, y la sintomatología depresiva, el estilo rumiativo y el pensamiento rumiativo

sobre sucesos vitales. Por el contrario, su relación ha sido negativa y estadísticamente significativa con bienestar psicológico, crecimiento personal sobre sucesos vitales y función física. Además, la evitación experiencial ha mostrado relación estadísticamente significativa y positiva con la ocurrencia de sucesos vitales negativos. Por lo tanto, se puede constatar que la evitación experiencial es una estrategia de regulación emocional desadaptativa que se relaciona de forma significativa y negativa con variables positivas, tales como el bienestar psicológico, la función física y el crecimiento personal asociado a los sucesos vitales, y de forma positiva con variables negativas, tales como la depresión, el estilo rumiativo o el pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales.

Por otra parte, y confirmando la hipótesis 5.1, el análisis de conglomerados realizado permite obtener una aproximación preliminar a la existencia de perfiles psicológicos de vulnerabilidad en la muestra estudiada. Las personas con mayores niveles de estilo rumiativo, de evitación experiencial y de pensamiento rumiativo, y niveles bajos de crecimiento personal asociado a sucesos vitales, presentan los más altos niveles de sintomatología depresiva de la muestra y los menores niveles de bienestar psicológico. Por tanto, tomadas en conjunto las puntuaciones en las cuatro variables (mediante el análisis de conglomerados), permiten confirmar la hipótesis 5 planteada en este estudio, según la cual se hipotetizaba que existiría un perfil de personas en situación de mayor vulnerabilidad psicológica, presentando mayores niveles de sintomatología depresiva y menores niveles de bienestar psicológico. Tal perfil está caracterizado por personas que presentan altos niveles de estilo rumiativo, altos niveles de evitación experiencial, altos niveles de pensamiento rumiativo y niveles bajos de crecimiento personal. Es interesante señalar que, además, este perfil vulnerable está compuesto fundamentalmente por mujeres, que, aun no habiendo presentando diferencias estadísticamente significativas, ha presentado un mayor número de sucesos vitales negativos que el resto de perfiles estudiado. Concretamente, si bien en la escala global no se obtuvieron diferencias estadísticas en la experimentación de los sucesos vitales negativos, de forma concreta para el fallecimiento del cónyuge sí presentaron diferencias estadísticas. Por tanto, este perfil de vulnerabilidad, caracterizado por mujeres, viudas, que emplean en mayor medida estrategias desadaptativa para regular sus emociones y presentan menores niveles de crecimiento asociado a los sucesos vitales, es el perfil al que mayor atención clínica e investigadora hay que prestar. Si bien, hay que señalar que este es el perfil en que menor número de personas se han encontrado en la muestra (aproximadamente un 13%), por lo que, en su mayoría, las personas mayores evaluadas –cabría analizar en la población general- presenta unas adecuadas fórmulas de adaptación a los eventos estresantes. Además, existe un perfil específico de personas

mayores especialmente “adaptadas”, que presentan una ocurrencia de sucesos vitales negativos significativamente menor a la del resto de los grupos y además, un mayor número de sucesos vitales positivos. Además este grupo presenta menores niveles de estrategias de regulación emocional desadaptativas así como mayor crecimiento personal asociado, de lo que puede sugerirse que por consiguiente, mejores niveles de bienestar psicológico.

En el siguiente apartado, se continúa la discusión sobre las relaciones entre las variables del estudio y su capacidad para explicar el malestar psicológico de las personas mayores.

#### **5.4.2.2. Modelo explicativo del malestar psicológico**

A continuación, se describe cómo los resultados obtenidos en los análisis de regresión lineal permiten confirmar o rechazar las hipótesis planteadas en relación a la contribución que hace cada una de las variables introducidas en el modelo para la explicación tanto de la sintomatología depresiva como del bienestar emocional.

#### **Modelo explicativo de la sintomatología depresiva**

Los resultados del análisis de regresión jerárquica para explicar la sintomatología depresiva muestran cómo las variables de ocurrencia de sucesos vitales aportan un porcentaje de explicación de varianza a la explicación de la sintomatología depresiva que, aun siendo significativo (lo que permite confirmar la hipótesis 6.1.), es bastante modesto (3%). Este resultado es coherente con el planteamiento de Dohrenwend (2006), quien sugiere, al igual que se ha mantenido a lo largo de este trabajo, que las escalas de evaluación de la ocurrencia de sucesos vitales sólo explican un pequeño porcentaje del malestar producido por tales sucesos, dado que existen otras variables, como la regulación emocional, que podrían estar explicando en mayor medida dicho malestar (Dohrenwend, 2006). El planteamiento de este autor es apoyado por los datos encontrados en este trabajo, dado que cuando se introducen las variables de evitación experiencial y estilo rumiativo se añade un importante porcentaje de explicación de la varianza para la sintomatología depresiva (22%), confirmando así, la hipótesis 6.3. Asimismo, las variables de pensamiento rumiativo y crecimiento personal, aunque más modestamente (3%), también incrementaron de forma significativa el porcentaje de explicación de varianza de la



sintomatología depresiva, incluso habiendo controlado los efectos de las variables de regulación emocional estables (estilo rumiativo y evitación experiencial), confirmando con ello las hipótesis 6.5 y 6.7.

Tanto la ocurrencia de sucesos vitales positivos como negativos continúa contribuyendo de forma estadísticamente significativa a la explicación de la varianza de la sintomatología depresiva al introducir en el modelo de regresión las variables de regulación emocional estables (evitación experiencial y estilo rumiativo). Sin embargo, y confirmando la hipótesis 7.2, al introducir la variable de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales, la ocurrencia de los sucesos vitales negativos deja de ser significativa. Estos resultados podrían sugerir que el efecto negativo de la ocurrencia de los sucesos vitales negativos sobre la sintomatología se produce de forma indirecta, a través de la mediación del pensamiento rumiativo sobre tales sucesos. Estos resultados son consistentes con trabajos previos que sugieren que la rumiación ante los sucesos vitales es una manifestación de una mala adaptación a la pérdida y es, en sí misma, la variable que genera y contribuye a mantener el malestar en las personas que han sufrido pérdidas o sucesos vitales negativos (Moberly et al., 2008; Newby et al., 2011; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Starr y Moulds, 2006). Por el contrario se rechaza la hipótesis 7.1, dado que la ocurrencia de los sucesos vitales positivos continúa explicando de forma significativa la sintomatología depresiva tras introducir el pensamiento rumiativo en la regresión.

Al introducir en la regresión el crecimiento personal, tal variable aportó una explicación modesta, pero significativa, de la sintomatología depresiva y su introducción hace que la ocurrencia de sucesos vitales positivos deje de ser una variable predictora de la sintomatología depresiva, confirmando con ello las hipótesis 7.5 y 7.6. Este resultado sugiere que, al igual que ocurría con el pensamiento rumiativo en relación a la ocurrencia de sucesos negativos, el efecto positivo que tienen los sucesos vitales positivos sobre la sintomatología depresiva es indirecto, siendo el crecimiento personal el mecanismo mediador de tal efecto. Estos resultados apoyan los resultados encontrados en otros estudios en los que el crecimiento personal se identifica como un elemento positivo para la adaptación a los sucesos vitales y se relaciona con menores niveles de depresión y mayores niveles de bienestar psicológico (Helgeson et al., 2006; Tennen et al., 2005).

En conclusión, este modelo sugiere, de acuerdo con lo planteado a lo largo de este trabajo, que las estrategias de regulación emocional, tanto las estables como las relacionadas con los sucesos vitales, aportan un porcentaje significativo de explicación de la varianza de la sintomatología depresiva ante elementos estresores como pueden ser los

sucesos vitales. A su vez, con los resultados obtenidos se puede sugerir que el efecto que tienen los sucesos vitales sobre la sintomatología depresiva podrían estar explicados por la acción de variables de regulación emocional asociadas a tales sucesos, tales como el pensamiento rumiativo y el crecimiento personal.

### **Modelo explicativo del bienestar psicológico**

El mismo análisis de regresión jerárquica se llevó a cabo con la variable de bienestar psicológico como variable dependiente. El modelo final muestra que la ocurrencia de sucesos vitales contribuye de forma estadísticamente significativa a explicar la varianza del bienestar psicológico, confirmando con ello la hipótesis 6.2. En este caso, cabe señalar que son los sucesos vitales positivos los que, al ir introduciendo otras variables de regulación emocional, continúan contribuyendo de forma estadísticamente significativa a la explicación del bienestar psicológico. Estos resultados son consistentes con los encontrados en el modelo de regresión para la sintomatología depresiva, así como en estudios previos, que destacan el papel amortiguador de los sucesos vitales positivos sobre la salud mental y física de las personas (Caputo et al., 1998; Theorell et al., 1986). De igual forma, confirmando la hipótesis 6.4 y en consonancia con estudios previos (Fleddeurs et al., 2010; Petkus et al., 2012), la evitación experiencial ha contribuido de forma estadísticamente significativa y negativa a la explicación del bienestar psicológico, explicando un gran porcentaje de su varianza (26%). Igualmente, la hipótesis 6.8 se ve confirmada, dado que el estilo rumiativo ha aportado un porcentaje estadísticamente significativo de la varianza del bienestar psicológico en el modelo final (3%), tal y como ya se había señalado previamente (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Resultados similares se han encontrado con la variable de crecimiento personal asociado a sucesos vitales que, tal y como habían señalado algunos autores (Páez et al., 2011), contribuye a mejorar los niveles de bienestar tras la experiencia de determinados sucesos vitales.

En relación con el pensamiento rumiativo, si bien esta variable al introducirse en el modelo, contribuye de forma estadísticamente significativa a la explicación de la varianza del bienestar psicológico, en el modelo final su contribución es cercana a la significación ( $p = .06$ ). Aunque los estudios previos han señalado el papel central que el pensamiento rumiativo tiene en la explicación del malestar emocional ante sucesos vitales, tales como las pérdidas afectivas (Boelen et al., 2006; van der Howen et al., 2010; Shear et al., 2007) han sido más escasos los estudios que han analizado su efecto directamente sobre variables

positivas, tales como el bienestar psicológico (Michael y Snyder, 2005). En cualquier caso, los resultados obtenidos en este trabajo –si bien son cercanos a la significación– son similares con los encontrados por estos autores, quienes encuentran que tal pensamiento rumiativo se asocia con menores niveles de bienestar psicológico (Michael y Snyder, 2005), y más concretamente, el relacionado con sucesos vitales, tales como las pérdidas afectivas (Stroebe et al., 2007).

En cuanto a la hipótesis 7, relativa a las mediaciones establecidas entre las variables analizadas en la regresión jerárquica, se esperaba encontrar que el efecto de la ocurrencia de sucesos vitales negativos sobre el bienestar psicológico estaría mediado por las variables de regulación emocional específicas ante los sucesos vitales (pensamiento rumiativo y crecimiento personal) lo cual se reflejaría en que, al introducir estas variables de regulación en la regresión, la ocurrencia de los eventos dejaría de ser una variable predictora del bienestar psicológico. Esta hipótesis se confirma en relación a la ocurrencia de los eventos negativos, cuyo efecto sobre el bienestar psicológico se encuentra mediado por las variables de regulación emocional relacionadas con los sucesos vitales (hipótesis 7.4 y 7.6). En el caso de los sucesos positivos, su efecto sobre el bienestar psicológico continúa siendo directo tras introducir en la regresión las variables de regulación emocional, tanto estables (evitación experiencial y estilo rumiativo) como relacionadas con los sucesos vitales (pensamiento rumiativo y crecimiento personal). Estos resultados, que hacen rechazar las hipótesis 7.3 y 7.7, pueden ser explicados por los resultados similares encontrados por otros estudios que han señalado el efecto amortiguador que los sucesos vitales positivos tienen sobre la salud física y mental (Caputo et al., 1998; Theorell, et al., 1986). Es posible que los sucesos vitales positivos tengan la capacidad de desencadenar efectos positivos sobre la persona, con independencia de las variables de regulación emocional.

### **Modelo global de malestar psicológico a través de ecuaciones estructurales**

Tras el análisis de regresión jerárquica se realizó un análisis de ecuaciones estructurales con el fin de poder valorar, de una forma fundamentalmente descriptiva, la relación general entre todas las variables evaluadas, además de poder obtener información relativa al posible papel mediador de las variables de regulación emocional (tanto estables, como relacionadas con los sucesos vitales) en la relación entre la ocurrencia de sucesos vitales y malestar psicológico.

El modelo propuesto permite explicar un alto porcentaje final de varianza de la sintomatología depresiva (62%) y del bienestar psicológico (49%) y muy alto para la variable global de malestar psicológico (71%). Además, siguiendo con los criterios establecidos por Scheiber et al. (2006), cabe destacar que el modelo propuesto ha presentado unos adecuados índices de ajuste estadístico. En el modelo propuesto se observa que tanto la ocurrencia de sucesos vitales como las estrategias de regulación emocional contribuyen de forma estadísticamente significativa a explicar la varianza del malestar psicológico (variable latente). Tanto los sucesos vitales positivos como las estrategias de regulación emocional presentan efectos directos sobre el malestar psicológico. Sin embargo, los sucesos vitales negativos ejercen su efecto sobre el malestar de forma indirecta, a través de las variables de regulación emocional, como más tarde se describirá. A continuación se describen los principales resultados obtenidos en relación a las hipótesis planteadas sobre los efectos de mediación de las variables de regulación emocional en la relación entre los sucesos vitales y el malestar emocional.

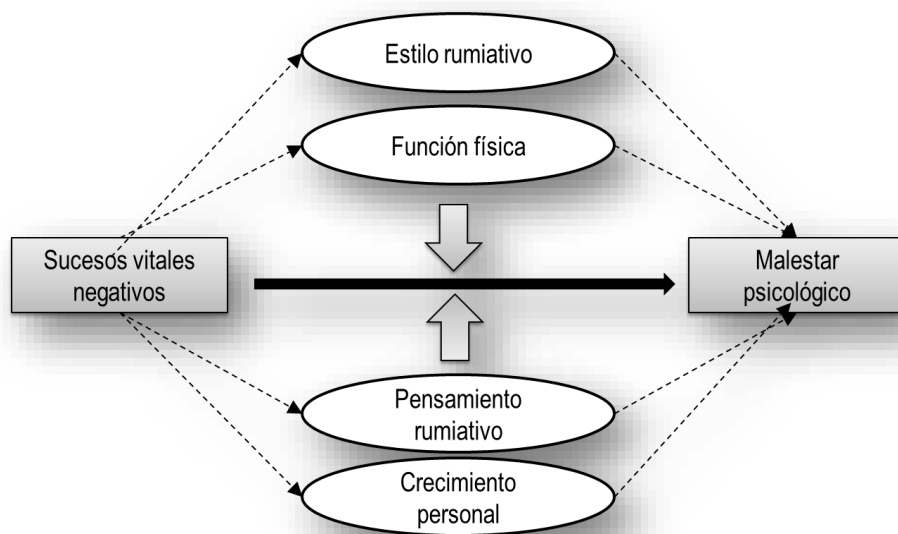
### *Sucesos positivos*

De forma específica, se puede comprobar que la ocurrencia de los sucesos vitales positivos, tal y como ya se anticipó mediante el análisis de correlaciones y de regresiones jerárquicas, contribuye significativamente, tanto de forma directa como indirecta, a explicar el malestar emocional. En este sentido, es preciso confirmar, sólo parcialmente, las hipótesis planteadas al respecto (7.11 y 7.14) ya que ni el pensamiento rumiativo ni el crecimiento personal son los únicos mecanismos a través de los cuales los sucesos vitales positivos tienen su efecto beneficioso sobre el malestar emocional. Sin embargo, en comparación con la relación identificada en los análisis de correlación entre sucesos vitales positivos y sintomatología depresiva ( $r = -.40$ ;  $p \leq .01$ ) y bienestar psicológico ( $r = .29$ ;  $p \leq .05$ ) para bienestar psicológico), el coeficientes de regresión estandarizado del modelo de ecuaciones estructurales revela una relación bastante menor ( $r = -.14$ ;  $p \leq .05$ ), dato que podría sugerir que el efecto de los sucesos vitales positivos sobre el malestar emocional está mediado parcialmente por las estrategias de regulación emocional. Tal y como ya se señaló en los análisis de regresión, estos resultados podrían ser consistentes con los encontrados por otros estudios (Caputo et al., 1998; Theorell et al., 1986) que señalan el efecto beneficioso y amortiguador de los sucesos vitales positivos sobre la salud física y psicológica. El posible efecto de mediación se ve justificado en la propuesta de algunos autores ya comentada a lo largo de este trabajo y relativa a que son las estrategias de regulación emocional las variables que mayor efecto tienen sobre la explicación del malestar tras la ocurrencia de los sucesos vitales (Baker, 2007; Dohrenwend, 2006; Lazarus y Folkman, 1986).

### Sucesos negativos

En relación al efecto perjudicial de los sucesos vitales negativos sobre el malestar psicológico, los datos obtenidos aportan resultados diferentes a los obtenidos para los sucesos positivos. Si bien en los análisis de correlación llevados a cabo con esta variable (EO-) se relacionó de forma estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva ( $r = .14$ ;  $p \leq .01$ ), al controlar los efectos de otras variables, ésta relación parece desaparecer. Por tanto, esto sugiere que el efecto perjudicial que tienen los sucesos vitales negativos sobre el malestar emocional no es directo, sino que está siendo ejercido de forma indirecta, a través de las variables de regulación emocional y de la variable de salud empleada para este estudio, la función física. Estos efectos de mediación obtenidos en la explicación de la relación entre la ocurrencia de sucesos vitales negativos y el malestar emocional (que a continuación se describirán con mayor detalle) podrían ser consistentes con la propuesta ya señalada de Dohrenwend (2006) que, tal y como ya se ha venido señalando a lo largo del trabajo, ha planteado que uno de los mecanismos de actuación de los efectos negativos de los sucesos vitales negativos sobre el malestar emocional serían elementos mediadores, tales como las estrategias de regulación emocional (Dohrenwend, 2006). A continuación se describe con mayor detalle el papel de cada una de las variables de regulación emocional en el modelo presentado. En la Figura 5.6 se presentan las principales mediaciones encontradas en la relación entre sucesos vitales negativos y el malestar emocional.

**Figura 5. 6.** Variables mediadoras del impacto de los sucesos vitales negativos sobre el malestar psicológico



*Pensamiento rumiativo asociado a los sucesos vitales*

Dadas las relaciones establecidas entre el pensamiento rumiativo con las demás variables incluidas en el estudio, se puede confirmar que esta variable es eminentemente negativa. Se observa que tal pensamiento rumiativo se relaciona de forma positiva y significativa con el malestar emocional, incluso habiendo controlado el efecto de otras variables de regulación emocional más estables (tales como el estilo rumiativo y la evitación experiencial). Los resultados sugieren, además, confirmando con ello la hipótesis 7.12, que el pensamiento rumiativo es uno de los mecanismos a través de los cuales la mera ocurrencia de sucesos vitales negativos afecta de forma perjudicial al malestar psicológico. En otras palabras, el pensamiento rumiativo podría ser una de las variables mediadoras del efecto perjudicial que los sucesos vitales negativos tienen sobre el bienestar emocional, tal y como se muestra en la Figura 5.6. Estos resultados son coherentes con los planteamientos de diversos autores que han señalado cómo los pensamientos rumiativos relacionados con los sucesos vitales pasados, pueden producir que persista el estado de ánimo negativo (Newby y Moulds, 2011; Starr y Moulds, 2006). Más concretamente, se ha propuesto que la razón por la que eventos negativos pasados se asocian con un estado de ánimo depresivo mantenido en el tiempo (malestar actual de la persona) podría ser porque tales sucesos inducen al pensamiento rumiativo generador de malestar, el cual funcionaría, por lo tanto, como un mecanismo mediador (Moberly y Watkins, 2008). Concretamente, uno de los eventos que mayor presencia tiene en la población mayor, tal y como ya se ha ido señalando, es el fallecimiento de alguien cercano, en relación al cual, diversos autores han señalado el pensamiento rumiativo como uno de los elementos que desarrollan y mantienen el duelo complicado (Boelen et al., 2006; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Shear et al., 2007). Por tanto, parece que los resultados obtenidos en este trabajo son consistentes con la investigación previa en la identificación del pensamiento rumiativo como una variable mediadora del efecto negativo que tienen los sucesos vitales sobre el malestar emocional.

Por otro lado, el pensamiento rumiativo se ha mostrado como una variable predictora del malestar, con independencia del posible efecto mediador que pudiesen presentar las variables más estables de regulación emocional en dicha relación, confirmando con ello la hipótesis 7.15 y 7.16. Por lo tanto, la variable de pensamiento rumiativo se presenta como un mecanismo de regulación emocional desadaptativo, específicamente relacionado con la experiencia de sucesos vitales, que no se solapa con otras variables de regulación más estables y estudiadas, tales como el estilo rumiativo y la evitación experiencial, y que representa un elemento central en la inadaptación a los sucesos vitales y pérdidas experimentadas a lo largo de la vida de las personas (Nolen-Hoeksema y Davis, 1999).

### *Crecimiento personal asociado a los sucesos vitales*

Por lo que respecta a esta variable, se sugiere que, tras los resultados obtenidos, el crecimiento personal es una variable de regulación adaptativa, dadas las relaciones positivas que ha obtenido con los sucesos vitales positivos y con la función física, y negativas con los sucesos vitales negativos y el malestar psicológico.

Es interesante comprobar que, mientras que el análisis de correlaciones realizado mostró una ausencia de relación entre el crecimiento personal y la ocurrencia de sucesos positivos, en el modelo de ecuaciones estructurales esta relación se muestra significativa. En este caso, los resultados podrían sugerir que tal relación está mediada o solapada (mediante efectos de colinealidad) por las estrategias desadaptativas de regulación emocional y, puesto que en el modelo de ecuaciones estructurales tales mediaciones son controladas, aparece aquí su relación. Otro dato llamativo es el relativo a que, mientras que en el análisis de correlaciones el crecimiento personal se relacionó de forma estadísticamente significativa y negativa ( $r = -.12$ ;  $p \leq .05$ ) con el pensamiento rumiativo, en el modelo de ecuaciones estructurales la relación que se presenta entre ambas variables es positiva ( $r = .13$ ;  $p \leq .05$ ). Esto puede sugerir que, tal y como se proponía antes, la presencia de determinadas variables generales de regulación emocional (por ej., el estilo rumiativo) afectan a la relación entre el pensamiento rumiativo y el crecimiento personal y que, cuando éstas son controladas, ambas variables se relacionan de forma positiva. Para explicar esta relación, cabe recordar la propuesta de Martin y Tesser (1996), según la cual el pensamiento rumiativo tiene un primer efecto positivo o adaptativo que facilita la solución de problemas y puede favorecer el cambio y la adaptación a la nueva situación resultante de los sucesos vitales. De este modo, es posible que esta faceta "adaptativa" del pensamiento rumiativo sea la que explica su asociación directa con crecimiento, ya que resulta útil para llevar a cabo dicho crecimiento personal asociado a tales sucesos. Sería interesante llevar a cabo estudios con el propósito de contrastar esta hipótesis de forma específica para determinados sucesos vitales en concreto, tales como la muerte del cónyuge o un familiar cercano.

Lo que sí parece confirmarse con el modelo planteado es que el crecimiento personal asociado a los sucesos vitales parece estar ejerciendo un papel mediador en el efecto perjudicial que los sucesos vitales negativos tienen sobre el malestar emocional (ver Figura 6), y parcialmente mediador, ente los sucesos positivos y dicho malestar. Con esta sugerencia se podrían confirmar las hipótesis 7.13 y 7.14, respectivamente, sugiriendo que el efecto de los sucesos vitales sobre el malestar es indirecto, ya que se produce a través del

crecimiento personal asociado a los sucesos vitales, y por tanto ésta variable mediaría el impacto positivo o negativo que producen los sucesos vitales en el bienestar psicológico.

Los resultados obtenidos son consistentes con estudios previos que han señalado las relaciones positivas del crecimiento postraumático con el bienestar psicológico (Páez et al., 2011) y con menores niveles de depresión (Helgeson et al., 2006; Tennen et al., 2005). Más específicamente, la capacidad de crecimiento personal se ha señalado como un elemento importante para llevar a cabo una adecuada regulación de las emociones surgidas ante los cambios y sucesos vitales (Baker, 2001). Si bien, aún son escasos los estudios que pongan de relieve el tipo de efecto que presenta esta variable en la relación entre sucesos vitales (positivos y negativos) y el malestar emocional, los resultados obtenidos apuntan en la dirección explicada, y se propone para futuros estudios analizar más extensamente tal relación.

### *Estilo rumiativo*

El estilo rumiativo, ya considerado previamente en la literatura como una estrategia de regulación emocional desadaptativa (Nolen-Hoeksema, 2001), ha mostrado un papel relevante en la explicación del malestar emocional de las personas mayores, manteniendo una alta correlación con el malestar psicológico ( $r = .40$ ), incluso cuando se controla el efecto de otras variables de regulación emocional (tales como el pensamiento rumiativo, la evitación experiencial y el crecimiento personal) sobre el malestar psicológico. Además, se propone que es, junto con el pensamiento rumiativo y el crecimiento personal, una de las variables a través de las cuales los sucesos vitales negativos ejercen su influencia sobre el malestar emocional, confirmando con ello la hipótesis 7.10. Por tanto, tal y como puede apreciarse en la Figura 5.6, el estilo rumiativo media el efecto perjudicial que los sucesos vitales negativos tienen sobre el bienestar de la persona. Estos resultados son consistentes con los señalados por otros autores. Así, tal y como se había descrito con anterioridad, la rumiación es un elemento perjudicial para la adaptación a los sucesos vitales (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Stroebe et al., 2010) y tal rumiación podría ser el mecanismo a través del cual las personas presentan estados de ánimo deprimidos a partir de los sucesos vitales ocurridos en su vida (Newby y Moulds, 2011).

### *Evitación experiencial*



En los resultados obtenidos en relación con la variable de evitación experiencial en el modelo de ecuaciones estructurales, se han producido importantes cambios con respecto a los análisis previos de correlaciones. En primer lugar, los resultados obtenidos sugieren rechazar la hipótesis 7.9, ya que la evitación experiencial no parece presentar un efecto de mediación en la relación entre sucesos vitales negativos y malestar emocional. Además, la relación entre sucesos vitales negativos y evitación experiencial, que en el análisis de correlaciones era significativa ( $r = .10$ ;  $p \leq .05$ ), ha dejado de serlo en el modelo de ecuaciones estructurales. Si bien la evitación experiencial no parece ejercer un papel mediador del efecto de los sucesos vitales negativos sobre el malestar emocional, sí parece presentar un papel esencial en la explicación de dicho malestar, puesto que en el modelo presentado mantiene una importante y significativa relación con esta variable. Este resultado es consistente con las propuestas previas de otros autores que han señalado la gran relación entre la evitación experiencial y el malestar emocional en la población general (Hayes et al., 2004) y, de forma específica, en la población mayor (Ayers et al., 2010; Petkus et al., 2012).

*Relación entre la evitación experiencial, el estilo rumiativo y el pensamiento rumiativo acerca de sucesos vitales*

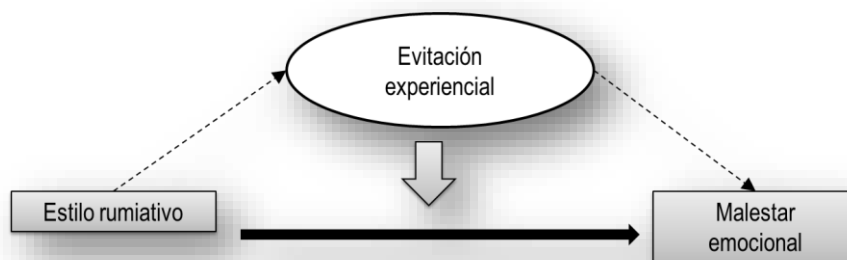
Tanto la evitación experiencial como el estilo rumiativo presentan una importante relación positiva con el malestar psicológico. Además, tal y como se ha observado en el modelo, ambas variables están fuertemente relacionadas entre sí de forma positiva. Aunque en el análisis correlacional, la evitación experiencial y la ocurrencia de sucesos vitales negativos presentaron una correlación significativa ( $r = .10$ ;  $p \leq .05$ ), al introducir tanto el pensamiento rumiativo como el estilo rumiativo (de forma independiente) en el modelo de ecuaciones estructurales, tal relación deja de ser significativa (ver Figura 5.5), manteniéndose la relación entre estas dos últimas variables y la ocurrencia de sucesos vitales negativos. Estos datos sugieren que la relación entre la ocurrencia de sucesos vitales negativos y la evitación experiencial podría estar mediada por el estilo rumiativo y por el pensamiento rumiativo asociado a sucesos vitales. La Figura 5.7 ilustra estas relaciones de mediación.

**Figura 5. 7.** Efecto de mediación del estilo rumiativo/pensamiento rumiativo en la relación entre sucesos vitales negativos y la evitación experiencial.



Por otro lado, la relación directa que el estilo rumiativo tiene con la variable latente de malestar psicológico en ausencia de otras variables de regulación emocional en el modelo ( $r = .72$ ;  $p \leq .01$ ), se reduce considerablemente al introducir en el modelo la evitación experiencial ( $r = .53$ ;  $p \leq .01$ ), sugiriendo que la evitación experiencial media parcialmente la relación entre el estilo rumiativo y malestar psicológico. Si bien la relación no desaparece, sí se reduce de forma significativa por lo que puede sugerirse, y, con ello, confirmar parcialmente la hipótesis 7.17, según la cual la evitación experiencial podría tener un papel de mediadora parcial del efecto del estilo rumiativo sobre el malestar emocional (ver Figura 5.8).

**Figura 5. 8.** Efecto de mediación de la evitación experiencial en la relación establecida entre el estilo rumiativo y el malestar emocional.



En este sentido, los resultados obtenidos son consistentes con estudios previos que han encontrado evidencia empírica de que la evitación experiencial estaría mediando el efecto de la rumiación sobre el malestar emocional (Kashdan et al., 2006; Liverant et al., 2011). De este modo, y siguiendo con la línea propuesta a lo largo de esta tesis doctoral, la rumiación podría considerarse como un mecanismo a través del cual se manifiesta la

evitación experiencial –como una forma de evitación experiencial-, cuyo efecto sobre el malestar se ejercería, en gran medida a través de la evitación de experiencias internas aversivas (emociones y/o pensamientos dolorosos). Pese a que los resultados obtenidos en este estudio aún son insuficientes desde el punto de vista metodológico como para poder clarificar el tipo de relación entre ambos constructos, este planteamiento puede entenderse integrándolo con el modelo de procesamiento emocional sobre los eventos vitales de Baker (2007). En su modelo se proponen, entre otras cosas, la evitación y la rumiación como elementos clave que presentan un importante papel mediador de la relación entre la ocurrencia de los sucesos vitales y la experiencia emocional resultante. De forma específica, proponen que si la estrategia de regulación emocional empleada para el afrontamiento de tales sucesos es una u otra, el resultado será una regulación desadaptativa. Concretamente, se propone que la rumiación se ejerce sobre los recuerdos del evento, en una fase muy inicial del procesamiento emocional, y, aunque el modelo no es claro en este sentido, cabe hipotetizar que, en línea con otros estudios sobre rumiación como forma de evitación experiencial (Dickson et al, 2012; Moulds et al., 2007; Smith y Alloy, 2009), tales pensamientos rumiativos son uno de los mecanismos por los que la evitación experiencial ejerce su potencial desadaptativo en la persona. Es decir, la estrategia más global de evitación experiencial, se hace efectiva en la persona a través del pensamiento rumiativo, proponiendo que éste es un mecanismo de acción más concreto y específico. A través del pensamiento rumiativo sobre la evaluación de las razones cognitivas, sobre el cómo y el porqué del evento -del significado del evento vital y los recuerdos asociados a éste- (por ej., la persona siente emociones negativas desencadenadas por la rumiación ante porqué ha tenido que fallecer su marido, o ante su comportamiento en los momentos previos a su fallecimiento, o a cómo transcurrieron los hechos cuando ocurrió)-, la persona se paraliza en un nivel procesamiento emocional inicial, más racional (sobre las causas y motivos del suceso vital) lo que conlleva una evitación a la exposición de las verdaderas emociones nucleares que implican la aceptación de la realidad de la pérdida (por ej., exponerse al dolor de que la persona fallecida no va a volver). Es decir, el foco de evitación emocional se produce porque la persona se queda en una fase inicial del procesamiento emocional, enganchándose a un plano más cognitivo de explicaciones y/o deseos en relación al suceso vital, que por consiguiente produce malestar, en lugar de avanzar en su procesamiento emocional aceptando las emociones nucleares que implican la aceptación de la pérdida (por ej., “mi marido ya no está y no va a volver”, lo que puede suponer desesperación, rabia o una tristeza profunda de lo irreversible que es el suceso). En este mismo sentido, Watkins y Moulds (2004) han señalado que la rumiación actúa para limitar el impacto emocional del “material” negativo, evitándolo. En otras palabras, la persona no se está exponiendo a las

verdaderas emociones nucleares del suceso vital negativo (por ej., desesperación por la realidad de que ya no esté la persona fallecida”), sino que se está exponiendo a las rumiaciones, referidas a las circunstancias de la muerte, o de la vida sin el fallecido, generándole malestar, pero no permitiéndole avanzar en su de aceptación emocional de la realidad. Por lo tanto, este proceso favorece una inadecuada o ausente adaptación ante los sucesos vitales negativos en la vejez, tal y como han señalado otros autores (Dulin y Passmore, 2010, Zettle et al., 2009).

El planteamiento propuesto anteriormente sobre el modelo de Baker (2007) es consistente con el modelo de esquemas emocionales de Leahy (2004), según el cual, nuevamente, es la evitación una de las vías desadaptativas para la regulación de las emociones. Concretamente, el modelo de Leahy (2004) propone que tal evitación puede arrastrar a la persona a evitar las emociones negativas, lo que le conduciría a una falta de control sobre sus propios procesos emocionales. Se propone que la tendencia a la evitación puede conducir a la persona a poner en marcha las estrategias de rumiación que le permitirían evitar las experiencias emocionales no deseadas (Leahy, 2004).

Como puede comprobarse, ambos modelos teóricos (Baker, 2007; Leahy, 2004) coinciden en su planteamiento de que tanto la rumiación como la evitación experiencial son estrategias regulatorias desadaptativas, si bien el modelo de Baker (2007) es más específico y plantea este proceso desadaptativo en el marco de aceptación de los sucesos vitales. Por tanto, atendiendo a estos planteamientos teóricos y a los resultados del análisis de ecuaciones estructurales realizado en este trabajo, cabe hipotetizar que la rumiación actuaría como una forma de evitación experiencial, en la línea de lo señalado previamente por otros autores y que fue revisado en el capítulo 2 (Lyubomirsky et al., 1995, Mellings et al., 2000; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Smith et al., 2009). Esta consideración ha sido la asumida por este trabajo, no tanto con la pretensión de verificar el papel mediador o no de la evitación experiencial sobre la rumiación, sino, más bien, de cara a plantear el orden en que tales variables aparecen en los modelos de regresión jerárquica y de ecuaciones estructurales y así poder entender su efecto dentro de los modelos teóricos propuestos. Sin embargo, cabe destacar que, este estudio supone un avance en el estudio de las interrelaciones que presentan ambos constructos, si bien son necesarios estudios más rigurosos (por ej., experimentales) que analicen este tipo de relación, dado que, hasta la fecha, existen algunos -aunque escasos- estudios que analizan esta relación entre la rumiación y la evitación experiencial, pero que aún están lejos de aclarar este debate, dado que, sobre todo, la evitación experiencial es un constructo muy amplio –como un rasgo- pero que presenta muchos mecanismos específicos de acción, tales como el pensamiento

rumiativo, la evitación conductual, etc. Sin duda, es un reto difícil pero interesante desde el punto de vista científico y clínico averiguar los mecanismos de interacción entre ambos constructos y de acción sobre el malestar emocional.

### *Función física*

Por último, y no siendo el objetivo directo de este trabajo, se han encontrado relaciones interesantes entre las principales variables del estudio (sucesos vitales, estrategias de regulación emocional y bienestar emocional) y la salud de las personas (función física). Concretamente, se han encontrado efectos de mediación parcial de la función física en la relación entre sucesos vitales negativos y malestar emocional (ver Figura 5.6). Esta relación es consistente con los resultados obtenidos en trabajos previos que señalan el efecto perjudicial o protector que tiene la salud física en el impacto que los sucesos vitales tienen sobre la personas (von Känel et al., 2003; Segerstrom y Miller, 2004). En este caso, los datos apuntan hacia la idea de que los sucesos vitales negativos afectan al malestar emocional, entre otros mecanismos, a través de su influencia negativa sobre la salud física; concretamente, disminuyendo la capacidad funcional de la persona.

A su vez, otro posible efecto de mediación encontrado en el modelo ha sido el de la mediación parcial que pueda ejercer la rumiación sobre la relación entre la función física y el malestar emocional. Este efecto se observa atendiendo a la elevada correlación encontrada entre la función física y la sintomatología depresiva en las correlaciones ( $r = .40$ ;  $p \leq .01$ ) que se reduce considerablemente ( $r = .19$ ;  $p \leq .01$ ) cuando se controla el efecto de la variable de estilo rumiativo (ver Figura 5.9).

**Figura 5. 9.** Mediación del estilo rumiativo sobre la relación entre la función física y el malestar emocional



Diversos autores han señalado que la rumiación tiene efectos negativos en la salud física (Thomsen et al., 2004) e incluso puede tener efectos negativos en la percepción real de salud (Sansone y Sansone, 2012), lo cual puede, indirectamente, afectar negativamente

aumentando los niveles de malestar emocional. De forma particular, algunos autores han señalado que la rumiación tiene un efecto mediador entre la salud física y el afecto negativo en población mayor (Lok y Bishop, 1999; McIntocch et al., 1995; Rector y Roger, 1996; Tompsen et al., 2006). En este sentido, y en línea con la propuesta de Martin y Tesser (1996) un nivel funcional limitado, podría suponer una discrepancia entre la situación ideal y real de la persona, y por tanto, poner en marcha estrategias de rumiación desadaptativas y perjudiciales para la persona (Martin y Tesser, 1996). Por tanto esto daría lugar a una reducción significativa de los niveles de bienestar psicológico, tanto por el efecto de la discapacidad física sobre el malestar emocional (Blazer, 2003) como por el efecto perjudicial de la rumiación sobre el bienestar psicológico (Nolen-Hoeksema et al., 2008). De este modo, en este estudio se hace evidente la importancia que presenta la capacidad funcional relacionada con la salud física para explicar el bienestar psicológico de las personas mayores. Es probable que esta importancia vaya haciéndose progresivamente mayor a medida que se eleva la edad de la persona, dada la relación inversa y significativa encontrada en este trabajo entre la edad de las personas y su capacidad funcional. Los datos de este estudio, por tanto, subrayan la importancia de integrar estrategias potenciadoras de la salud física y la capacidad funcional en los programas dirigidos a mejorar el bienestar psicológico y la calidad de vida de las personas mayores.

### 5.4.3. Integración de los resultados obtenidos

Tras la reflexión sobre los resultados obtenidos realizada en los párrafos anteriores, y de cara a entender el efecto que tienen los sucesos vitales y las estrategias de regulación emocional en el desarrollo y/o mantenimiento del malestar psicológico parece conveniente discutir por separado o de forma independiente los resultados relativos a los sucesos vitales positivos y los referidos a sucesos vitales negativos.

En este sentido, los sucesos vitales positivos tienen un efecto positivo sobre el bienestar emocional de las personas de forma directa, sin que las estrategias de regulación emocional parezcan mediar completamente su efecto beneficioso sobre el bienestar de las personas mayores. Sin embargo, los análisis realizados revelan la importancia de la variable de crecimiento personal asociado a tales eventos en la explicación del bienestar emocional. Si atendemos al modelo teórico del Control a lo largo del Ciclo Vital (Heckhausen y Shulz, 1995), la persona mayor, según va perdiendo su capacidad de control sobre los cambios que se producen en el entorno (véase, mayor ocurrencia de sucesos vitales), va poniendo en marcha estrategias de control secundario, mediante las cuales se modifican aspectos personales para acomodarse a la situación que le corresponde vivir. En este caso, si bien la

persona mayor puede aumentar la probabilidad de experimentar sucesos vitales positivos (por ej., a través de la activación conductual y la potenciación de sus relaciones sociales), también puede aumentar su capacidad de crecimiento personal asociado a los sucesos que ya ha vivido, mecanismo que podría actuar como estrategia de control secundario, tal y como propone la teoría. La importancia de esta estrategia, que tiene un constatado efecto beneficioso sobre la salud mental de las personas mayores, radica en que esta variable, el crecimiento personal, sí está relacionada de forma negativa con las estrategias de regulación emocional desadaptativas. Por esta razón, la potenciación de la capacidad de crecimiento ante los sucesos vitales ya ocurridos podría ser un objetivo interesante de la intervención psicológica dirigida a aumentar el bienestar psicológico de las personas. En este sentido, desde la intervención clínica y gerontológica, sería posible fomentar los niveles de bienestar psicológico de las personas mayores a través de la potenciación del crecimiento de la persona ante las experiencias ya vividas. De este modo, además de facilitar, en la medida de lo posible, la ocurrencia de nuevos sucesos vitales positivos, se puede trabajar en la línea ayudar a las personas mayores a extraer aprendizaje y crecimiento a partir de sus experiencias vitales ya experimentadas a lo largo de su vida, como por ejemplo, a través de terapias de reminiscencia o, de la que más tarde se volverá a retomar, terapias de revisión de vida (Butler, 1963).

Para el caso de los sucesos vitales negativos, los resultados obtenidos en este trabajo en relación a su impacto sobre el bienestar emocional de las personas mayores son consistentes con el planteamiento del modelo de estrés de Lazarus y Folkman (1984) para la población general y que guía este trabajo. Para adaptarse adecuadamente a las situaciones estresantes, las personas han de poner en marcha estrategias de regulación emocional cuando se trata de situaciones inmodificables (por ej., el fallecimiento de un familiar) (Lazarus y Folkman, 1984; Moser y Uzzell, 2002). Concretamente, los sucesos vitales negativos han mostrado que su efecto sobre el malestar psicológico no es directo, sino que está mediado por las estrategias de regulación emocional desadaptativas, tales como el estilo rumiativo y el pensamiento rumiativo. De este modo, no es la ocurrencia ni la gravedad en sí de los sucesos vitales negativos que haya vivido la persona lo que provoca su malestar emocional; el factor clave en este sentido es, más bien, cómo las personas regulan sus emociones al respecto a través de mecanismos de regulación y, por tanto, cómo se adaptan a tales sucesos. Concretamente, estos mecanismos son el estilo rumiativo, como estrategia más global y estable en la persona, el pensamiento rumiativo sobre los sucesos vitales acaecidos a lo largo de la vida (Moberly et al., 2008; Newby y Moulds, 2011) y la capacidad de crecimiento personal asociada a tales eventos vitales (Páez et al., 2011), y

aunque no de forma directa, la evitación experiencial, dado que, se ha mostrado como una variable relevante en la explicación del malestar psicológico de las personas mayores (Dulin et al., 2010). Estos análisis apuntan en la dirección ya señalada en este trabajo, así como en estudios previos (Baker et al., 2007; Cole et al., 2004), sugiriendo que el uso de estrategias desadaptativas de regulación emocional, en el proceso de adaptación a los sucesos vitales, se asocia fuertemente con peores niveles de malestar emocional (síntomatología depresiva y bienestar psicológico).

Cabe destacar además, que se ha encontrado un perfil de vulnerabilidad psicológica, caracterizado por el uso de altos niveles de estrategias desadaptativas de regulación emocional (evitación experiencial, estilo rumiativo y pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales) y un déficit en la capacidad de crecimiento personal, y, en cierta medida, por una mayor experimentación de sucesos vitales negativos, particularmente, el fallecimiento del cónyuge. Por tanto, en la línea que se ha planteado, un mayor número de experiencias de sucesos vitales negativos no es el factor que por sí solo, explique que las personas se encuentren en situación de mayor vulnerabilidad psicológica, dado que ésta parece estar marcada, en mayor medida, por el uso de estrategias de regulación emocional desadaptativas y no por el número de sucesos vitales negativos, (Dohrenwend, 2006). Por lo tanto, en el estudio de los sucesos vitales no basta con explorar la experiencia o no de algunos sucesos vitales negativos, sino que conviene evaluar las estrategias de regulación emocional y de afrontamiento implicadas en el proceso de adaptación de tales eventos, ya que son ellas, finalmente, las que tienen una mayor asociación con los estados emocionales negativos en las personas mayores. Sin embargo, hay que señalar que sí se ha encontrado un perfil de personas mayores "adaptadas" que presentan el nivel más alto en bienestar emocional y que se diferencian del resto de los grupos no sólo en que emplean estrategias de regulación emocional más eficaces sino, además, en que informan de una ocurrencia de eventos negativos significativamente menor que el resto de los perfiles. Por otro lado, aunque el perfil "desadaptado" sólo se diferencia de forma significativa de este perfil "adaptado" en cuanto a la ocurrencia de sucesos vitales negativos, los datos revelan que su media en esta variable es la más alta de todos los perfiles. Por tanto, parece que se produce un efecto de interacción de vulnerabilidad-estrés, caracterizado por la presencia de mayor número de estresores negativos, junto con la presencia de un perfil de regulación emocional más desadaptado, lo que conduciría a la mayor vulnerabilidad de desarrollar trastornos emocionales en las personas mayores.

Llegado a este punto, y considerando la elevada presencia de sucesos vitales en la población mayor, parece razonable insistir en la importancia de evaluar las estrategias de



regulación emocional en esta población. Como ya plantearon Fernández-Ballesteros et al. (1999) la vejez competente es la que se caracteriza por la puesta en marcha de respuestas adaptativas que la persona mayor despliega ante los cambios que se van produciendo con el paso del tiempo. Tales respuestas adaptativas podrían ser, entre otras, las estrategias de regulación emocional eficaces, tales como la capacidad de crecer ante las experiencias vitales. Tal y como han señalado autores como Erikson, (1982) en esta etapa parece importante para las personas realizar una integración de todas las experiencias ocurridas a lo largo de su ciclo vital de forma adecuada puesto que, de no hacerlo, éstas tendrían una alta probabilidad de desarrollar problemas emocionales o presentar niveles bajos de bienestar físico y psicológico. Este planteamiento está muy relacionado con las propuestas de Carstensen (1987, 1998), quien planteó que las personas mayores, ante los cambios producidos en la etapa de la vejez, han de reajustarse y adaptarse, modificando y adaptando su entorno a través del crecimiento personal y la regulación de emociones, para alcanzar la satisfacción vital. Por tanto, una vez más se destaca la importancia del papel de la regulación emocional ante las situaciones amenazantes que experimenta la población mayor.

Dando un paso más en este análisis, a lo largo de este trabajo se ha ido proponiendo el planteamiento de que la adaptación a los sucesos vitales no puede llevarse a cabo de manera eficaz si no es a través de adecuadas estrategias de regulación emocional que permitan realizar un adecuado y flexible ajuste de metas. Estos elementos de análisis ya han sido señalados por algunos de los marcos de estudio más relevantes para este trabajo: los modelos de envejecimiento -Baltes y Baltes, (1990), Brandtstädter y Greve, (1994) o Heckhausen y Schulz (1995)-, los modelos de estrés -Lazarus y Folkman, (1986)- y los modelos de regulación emocional -Baker et al. (2007), Bagozi et al. (1998). Además, se ha propuesto que tales estrategias de regulación emocional y de afrontamiento de la persona mayor tienen un papel fundamental sobre el proceso de ajuste de metas, ya que activan a la persona y le hacen consciente del proceso de consecución de tales metas (Thompson, 1994). Incluso algunos autores, como Cole et al. (2004), han señalado que la regulación emocional se pone en marcha cuando se altera la trayectoria que siguen los procesos emocionales en su persecución de alcanzar los objetivos y valores personales de la persona (Cole et al., 2004). Concretamente, esta misma idea, ha sido señalado por Martin et al. (2004), quienes señalan que la rumiación tiene, en un primer momento, la función de activar a la persona sobre el desajuste existente en la consecución de sus propias metas (Martin et al., 2004) o como señalan Wells y Matthews (1994), entre el estado ideal y el real de la persona en torno a sus metas. El problema surge cuando, transcurrida esta primera fase, la rumiación no facilita a la persona la solución de problemas o el afrontamiento de los mismos y se

convierte en una respuesta desadaptativa ya que obstaculiza el procesamiento completo de las emociones y bloquea a la persona en su proceso de aceptación e integración de los sucesos vitales y en su "ajuste" de metas y valores a su nueva situación vital.

Por su parte la evitación experiencial, de igual modo, se ha señalado como una estrategia de regulación emocional desadaptativa que interfiere en el proceso de ajuste flexible de metas que han de realizar las personas tras la experiencia de los sucesos vitales negativos, y con ello, genera un alejamiento hacia los propios valores personales (Kashdam et al., 2006; Hayes et al., 1999; Orsillo et al., 2003) entendiendo que, al no someterse a un proceso de aceptación completo (cognitivo y emocional) del cambio generado por el suceso vital (por ej., el fallecimiento de un ser querido), las personas no pueden someterse a la inevitable restructuración y clarificación de sus propias metas ajustándose a la nueva situación generada tras la experiencia del suceso vital. Y por tanto, en numerosas ocasiones, las personas continúan con las mismas metas que antes, y, al no poder conseguirlas, se produce un estado de ánimo deprimido.

De forma alternativa, se ha señalado que el crecimiento personal podría ser una estrategia adaptativa a los sucesos vitales negativos, mediante la cual las personas son capaces de extraer aprendizaje, conocimiento o cualquier otra experiencia positiva tras la vivencia de sucesos vitales, de un modo que les ayuda a integrar lo ocurrido y a realizar esa adaptación o ajuste necesario en sus metas, prioridades y/o proyectos vitales (Páez et al., 2011; Tugade et al., 2004). Se entiende por tanto que, si la persona es capaz de tomar una cierta perspectiva del impacto emocional que tienen determinados sucesos vitales en sus vidas, para poder extraer algo positivo de un suceso indeseado, ha sido capaz de integrar y aceptar emocionalmente dicho suceso, habiendo entonces finalizado el procesamiento de las emociones negativas desplegadas ante la vivencia del suceso vital.

#### **5.4.4. Implicaciones prácticas**

Tomados en su conjunto, los resultados relativos a la validez y fiabilidad de las escalas de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales sugieren que éstas pueden considerarse unas herramientas clínicas adecuadas para su uso en la evaluación del bienestar emocional de las personas mayores. De forma específica, estas escalas permiten evaluar el impacto psicológico actual de sucesos vitales ocurridos a lo largo de la vida de las personas mayores. Las escalas finales permiten evaluar dos tipos de mecanismos: uno disfuncional (el pensamiento rumiativo) y otro funcional (el crecimiento personal).

El desarrollo de una medida del impacto psicológico actual que tienen sobre la persona los sucesos vitales ocurridos a lo largo de su vida supone una aportación importante tanto en el ámbito de la investigación como, especialmente, en el ámbito clínico. Han sido diversos autores que han señalado que los sucesos vitales pasados (ocurridos en la infancia, juventud y adultez) tienen un efecto perjudicial sobre la salud física y mental de las personas en las últimas etapas de su vida. (Dulin y Passmore, 2010 ; Kraus, 2004; 2009; Kraus et al., 2004; Shira et al., 2012). En este sentido, ya se ha mencionado varias veces en este trabajo la propuesta de Erikson (1963) sobre la importancia que tienen en la vejez las experiencias vitales vividas a lo largo de la vida, dado que en este período evolutivo las personas mayores se enfrentan a la necesidad de reflexionar sobre la propia vida y darle un sentido a través de la integración de todas las experiencias y de cómo cada uno ha podido manejarlas a lo largo de la vida. Moberly y Watkins, (2008) han propuesto que la razón por la que los eventos negativos se asocian con estados de ánimo depresivos mantenidos en el tiempo podría ser porque tales sucesos inducen al pensamiento rumiativo, que en sí mismo ya es un mecanismo depresivo. Más aún, otros autores han señalado cómo la rumiación se ha mostrado como una causa en sí misma de depresión a partir de la reacción a los eventos vitales negativos pasados (Boelen et al., 2003; Brinker y Dozois, 2009, Ito et al., 2003, Nolen-Hoeksema, 1997).

En la atención psicológica a personas mayores, es frecuente observar que muchos episodios o trastornos depresivos se relacionan con pensamientos rumiativos centrados en el pasado, esto es, relativos a experiencias pasadas. Este tipo de cogniciones orientadas al pasado son factores que no sólo generan amargura y malestar en la vida actual de la persona, sino que, además, facilitan comportamientos disfuncionales potenciadores del malestar, tales como inactividad, aislamiento o evitación de contextos y/o personas. Estos pensamientos rumiativos interfieren claramente con el comportamiento orientado a metas adaptativas y realistas, e incluso con el propio establecimiento o clarificación de dichas metas y/o valores significativos para la persona. Siguiendo la propuesta de la teoría de Martin y Tesser (1996), cabría suponer que la estrategia de rumiación es el mecanismo a través del cual las personas responden al fracaso en la consecución de las metas de la persona (Martin, 1999; Martin y Tesser, 1996), hecho inherente a muchos de los sucesos vitales negativos que implican pérdidas o cambios importantes en la vida de las personas. Sin duda, la experiencia de sucesos vitales característicos en la vejez (por ej., fallecimiento del cónyuge) altera la estructura de valores y metas de la persona, por lo que la rumiación se activaría y, de no intervenir adecuadamente sobre ella, se puede convertir en un bucle patológico que mantiene la inadaptación a tal pérdida (Boelen et al., 2003, Stroebe et al.,

2007). Esta propuesta podría encajar perfectamente con la realizada por Baker en su modelo de procesamiento emocional (Baker, 2007), según el cual la rumiación podría ser uno de los mecanismos a través de los cuales las personas no realizan un adecuado procesamiento de emociones. Puede apreciarse que son diversos los autores que han señalado la necesidad de analizar y evaluar el pensamiento rumiativo en relación a los sucesos vitales. De hecho, la reducción de las estrategias de rumiación ha sido señalada como un objetivo central de las intervenciones dirigidas a favorecer la aceptación de las pérdidas experimentadas por estas personas (Davis y Nolen-Hoeksema, 2001). En este sentido, la terapia de “revisión de vida” propuesta por Butler (1963, 2001) se propone como un procedimiento para ayudar a las personas mayores a hacer un “retorno progresivo a la conciencia de recuerdos y conflictos pasados no resueltos, para su reevaluación y resolución”, e implica fomentar el empleo de estrategias adaptativas de regulación de emociones, de cara a reducir la vulnerabilidad a la que se someten las personas mayores, no solo por el aumento de pérdidas en la vejez, sino por la revisión a la que se suelen exponer sobre su propio pasado. Un tipo específico de Revisión de Vida, propuesto por Haight (1988), basa su estructura en el desarrollo humano de Erikson (1950), proponiendo que la revisión de vida facilita a la persona integrar las experiencias ocurridas a lo largo de su vida, asumiendo que, en la vejez, las personas se enfrentan a la necesidad de aceptar su vida y sus experiencias, sin arrepentimientos sobre lo que podría haber sido diferente (véase, rumiación), con sentido de coherencia e integridad. Si bien esta terapia no ha sido ampliamente contrastada en su eficacia y efectividad, algunos estudios han señalado beneficios en personas que se han sometido a ella (Haight, 1992, Rybarczyk y Auerbach, 1990)

Tras estas reflexiones, se hace evidente la importancia de incluir en la evaluación del estado psicológico de las personas mayores un análisis de los sucesos del pasado, ya que la presencia de malestar emocional en el presente puede revelar procesos de falta de adaptación o ajuste a eventos vitales pasados. Una de las principales limitaciones de la investigación realizada hasta la fecha acerca del efecto de los sucesos vitales, sobre el bienestar físico y psicológico de las personas, ha sido la falta de inclusión en las medidas disponibles de las variables potencialmente moduladoras de tales efectos, como son las estrategias de regulación emocional (Dohrenwend, 2006). En este sentido, el instrumento de medida propuesto en este trabajo supone una aportación interesante y contribuye a avanzar en la dirección de la optimización de la metodología de evaluación del papel de los sucesos vitales en el bienestar psicológico. Concretamente, la medida propuesta, además de evaluar la experiencia o no de determinados eventos vitales, permite evaluar el impacto

psicológico que tienen en el presente los sucesos vitales (actuales y del pasado) sobre el bienestar emocional actual, a través de dos escalas que miden, respectivamente, el pensamiento rumiativo sobre los sucesos vitales y el crecimiento personal asociado a los dichos eventos. De este modo, el instrumento propuesto puede ser de gran utilidad para detectar la presencia de esa tendencia ya comentada de las personas a centrarse en recuerdos negativos (pensamiento rumiativo) relacionados con acontecimientos pasados, presente en muchos cuadros depresivos de personas mayores, y que puede reflejar esa falta de aceptación, por parte de la persona, de los eventos vitales o pérdidas concretas (Davis, et al., 2001) y suponer un factor de mantenimiento y/o exacerbación del estado emocional depresivo (Newby et al., 2011; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Starr y Moulds, 2006). Tal y como se pretendía a través de este trabajo, se ha cumplido con el objetivo de desarrollar un instrumento breve, de fácil y rápida aplicación, que se presenta como una herramienta potencialmente útil para ser incluida en la evaluación psicológica de la depresión y otros problemas emocionales (por ej., ansiedad) de las personas mayores.

Tal y como ya se ha señalado, pese a la mayor prevalencia de pérdidas que existen a lo largo de las últimas etapas de la vejez, desde la perspectiva de estudio del ciclo vital se ha propuesto que existen procesos de cambio personal en la vejez motivados por el deseo de mejora y optimización del bienestar, y que están basados en procesos de reflexión personal sobre la propia vida (Staudinger, 2001), así como en el establecimiento y planificación de nuevas metas futuras (Smith, 1999). En esta misma línea, ya se ha comentado la posibilidad de que el déficit en la capacidad para extraer consecuencias positivas o experimentar crecimiento personal de los sucesos vitales negativos podría constituir otro factor de vulnerabilidad que obstaculizaría la aceptación y adaptación a tales eventos críticos (Davis y Nolen-Hoeksema, 2001; Giorgio et al., 2010). En este sentido, el instrumento propuesto en este trabajo permite la evaluación de esta capacidad para experimentar crecimiento personal asociado a acontecimientos vitales, la cual supondría un factor de protección o fortaleza psicológica ya que facilita la aceptación de los cambios producidos durante su proceso de envejecimiento y la adaptación a los mismos. Los resultados obtenidos en este trabajo apuntan en la dirección señalada en trabajos previos, según los cuales el crecimiento personal asociado a eventos vitales es un elemento relevante a la hora de encontrar efectos positivos de las experiencias vitales negativas (Nolen-Hoeksema y Davis, 2005; Páez et al., 2011). A pesar de que en ese trabajo se ha asumido una conceptualización del crecimiento personal como estrategia de afrontamiento, en la línea de Davis et al. (1998), queda para futuros estudios el objetivo de clarificar este constructo y analizar con precisión los mecanismos implicados en él, de modo que se pueda concretar y comprender mejor la

naturaleza de dicho crecimiento, de cara a poder potenciarlo desde un marco de intervención.

En síntesis, el instrumento de evaluación desarrollado en este trabajo se propone como una herramienta apropiada para la evaluación psicológica de las personas mayores, que puede ser utilizada tanto con objetivos de promoción de la salud y el envejecimiento activo y prevención de la dependencia (por ej., en centros culturales, centros para personas mayores, etc.) como con objetivos de intervención clínica en población con trastornos emocionales o de otro tipo (por ej., servicios de atención psicológica, residencias, etc.). Aunque las condiciones ideales de aplicación del instrumento implicarían un contexto de atención individual, la sencillez del procedimiento de aplicación de estas escalas facilita su aplicación grupal.

Otra de las contribuciones prácticas derivadas de este trabajo tienen que ver con la detección de un perfil psicológico de personas mayores especialmente vulnerables al malestar emocional. Este perfil, formado mayoritariamente por mujeres, está caracterizado por el uso de estrategias desadaptativas de regulación emocional (evitación experiencial, estilo rumiativo y pensamiento rumiativo) y por un déficit en la capacidad de extraer crecimiento personal de las experiencias vitales. La identificación de este perfil puede facilitar la detección de personas mayores en riesgo de desarrollar trastornos emocionales y el diseño de intervenciones psicológicas eficaces específicamente dirigidas a estas personas, que implicarían la modificación de las pautas de regulación emocional disfuncionales y el entrenamiento en estrategias facilitadoras de la adaptación y afrontamiento de los sucesos vitales negativos, lo que, a su vez conduciría a mayores niveles de bienestar.

Otra de las aportaciones fundamentales de este trabajo es que se ha presentado un modelo integrador que incorpora de forma conjunta los estresores o sucesos vitales más habituales ocurridos en el proceso de envejecimiento, con las estrategias de regulación emocional específicamente relacionadas con ellos, así como otras estrategias de regulación emocional desadaptativa más estables (estilo rumiativo y evitación experiencial) para explicar el malestar emocional de las personas mayores, siendo capaz de explicar un alto porcentaje de la varianza de esta variable. Dado que en el modelo las estrategias de regulación emocional aparecen como los elementos a través de los cuales los sucesos vitales tienen su efecto más perjudicial sobre el bienestar de las personas, puede concluirse que serían elementos explicativos centrales del bienestar psicológico de las personas mayores que, por tanto, deben ser objetivos clave de las intervenciones psicológicas dirigidas a la

adaptación a las situaciones vitales experimentadas en la vejez. Asimismo, se ha señalado una variable de salud física (la función física) como un elemento clave, junto con las variables ya citadas, en la explicación del malestar emocional. Como ya se ha comentado, esto nos lleva a sugerir la centralidad de esta variable para entender el bienestar psicológico de las personas mayores y, por tanto, la necesidad de tenerla en cuenta tanto en la evaluación como en las intervenciones potenciadoras del bienestar emocional en la vejez.

Puede concluirse que el presente trabajo presenta un modelo comprehensivo y amplio para entender la dinámica de la interacción entre la ocurrencia de sucesos vitales a lo largo del ciclo vital y las estrategias de regulación emocional de las personas en la explicación del el bienestar emocional de las personas mayores, modelo que se espera proporcione pistas sobre cómo diseñar intervenciones específicas dirigidas a potenciar el bienestar de la población mayor y su capacidad para adaptarse a los cambios asociados al envejecimiento.

### **5.4.5. Limitaciones**

Por lo que respecta a las limitaciones específicas del instrumento de medida propuesto en la presente, una de las limitaciones más importantes a destacar es que, pese a que se ha pretendido que los sucesos incluidos en el instrumento representen las experiencias más habituales de la vida de las personas, cabe la posibilidad de que otros eventos no incluidos en la escala hayan ocurrido o estén ocurriendo en el momento presente. A pesar de que, para corregir esta limitación, se ha incluido en el cuestionario un espacio libre en el que las personas pudiesen indicar otros eventos importantes que les hubiesen sucedido, es muy posible que la no inclusión explícita de otros posibles elementos esté limitando en alguna medida la capacidad de las escalas para entender adecuadamente el problema. Asimismo, es una limitación añadida que la escala de ocurrencia de sucesos vitales no ofrezca la posibilidad de que la persona mayor valore la valencia del evento vital como positivo o negativo, ni la fecha exacta en la que ocurrieron tales eventos. De forma similar, el instrumento propuesto tampoco permite evaluar la experiencia traumática provocada por los sucesos vitales, ya que simplemente evalúa su ocurrencia y el malestar asociado en la actualidad. De este modo, el instrumento no permite conocer en qué medida, las personas experimentaron como traumáticas cada una de las experiencias en el momento en el que ocurrieron. No obstante, las limitaciones señaladas podrían ser subsanadas a través de una entrevista semiestructurada de evaluación, marco dentro del cual se propone

la aplicación del instrumento propuesto, que permitiría acceder a una información más amplia y detallada sobre el impacto de los sucesos vitales en la vida de la persona (Dohrenwend, 2006). Igualmente, sería conveniente llevar a cabo análisis descriptivos más detallados, mediante entrevista estructurada, que exploren la posible existencia de otros sucesos vitales significativos no considerados en este estudio.

También es importante destacar que, mientras que la escala de pensamiento rumiativo presenta adecuadas propiedades psicométricas para su empleo, tanto de forma global como por tipo de sucesos (pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales positivos y pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales negativos), no ocurre lo mismo con la escala de crecimiento personal, en sus diferentes subescalas, si bien la subescala de evaluación del crecimiento personal asociado a sucesos vitales negativos presenta adecuadas propiedades psicométricas. Puede entenderse que, por los diferentes resultados obtenidos en los análisis, y tal y como ya se señaló con anterioridad, los participantes parecen haber entendido el tipo de crecimiento, diferente si se trata de sucesos vitales positivos o negativos. Por lo que, futuras investigaciones deberán encontrar una medida de evaluación del crecimiento personal asociado a sucesos vitales con mejores propiedades psicométricas. En cualquier caso, dado que esta escala se presenta como una herramienta de evaluación clínica, más que epidemiológica, se propone que la decisión de emplear una u otra subescala sea tomada por el clínico, conociendo las limitaciones que se presentan.

Otra limitación del instrumento se relaciona con que sólo cubre dos aspectos del impacto psicológico del suceso vital (pensamiento rumiativo sobre éste y crecimiento personal tras su ocurrencia), siendo posibles otros efectos psicológicos y experiencias asociadas a la vivencia de tales sucesos. Existen otras variables no controladas en este estudio, como, por ejemplo, el apoyo social, que pueden estar ejerciendo un efecto modulador del impacto psicológico de los sucesos vitales, tal y como ya había señalado Dohrenwend (2006) en su revisión crítica sobre los instrumentos de medida de sucesos vitales.

La medida de pensamiento rumiativo empleada en este estudio podría no ser una medida adecuada de la estrategia cognitiva de rumiación y estar midiendo más bien otras variables, tales como la tendencia al recuerdo incidental frecuente de pensamientos negativos sobre sucesos vitales pasados. En cualquier caso, la aparición frecuente de pensamientos negativos sobre un hecho pasado supone, en sí misma, un indicador psicopatológico significativo que puede ser complementado por evaluaciones posteriores más pormenorizadas que permitan un análisis más preciso de los mecanismos psicológicos



implicados en ella. En este sentido, se considera de especial relevancia que futuros estudios permitan ampliar el conocimiento sobre la naturaleza y los mecanismos de acción del pensamiento rumiativo relativo a hechos pasados, a través, por ejemplo, de medidas de la interferencia que presentan esos pensamientos negativos con la vida cotidiana de la persona y su realización de acciones adaptativas. En este punto, encontramos otra de las limitaciones del estudio, que ha sido el no incluir medidas conductuales relativas a la activación conductual y otras pautas de comportamiento saludable. Futuros estudios deben abordar la exploración de la relación entre las estrategias de regulación emocional analizadas en este estudio y el comportamiento de las personas mayores (saludable o no), análisis que permitiría comprobar la validez de criterio de estas estrategias y constatar su papel en el mantenimiento de conductas disfuncionales por parte de las personas mayores. A su vez, el tipo de pensamiento rumiativo evaluado ha sido, como ha quedado constatado, desadaptativo, por lo que, si bien se ha destacado a lo largo de este trabajo que el pensamiento rumiativo puede ser entendido como una herramienta adaptativa de ajuste de metas, en su primer momento de aparición, el instrumento propuesto no permite diferenciar este tipo de pensamiento rumiativo adaptativo. Sería interesante que futuros estudios desarrollen medidas de evaluación que permitan analizar diferencialmente este constructo.

En relación a otras variables del estudio, cabe señalar que las medidas de salud empleadas (la vitalidad y la función física), aun siendo variables de uso habitual entre los investigadores y clínicos dentro de la gerontología, son medidas subjetivas que evalúan la percepción que la persona tiene en relación a su capacidad funcional, siendo necesaria la inclusión de medidas de salud física objetivas (por ejemplo, presión sanguínea) de cara a confirmar la relación entre las variables psicológicas del estudio y la salud física de las personas.

Por otro lado, aunque se han propuesto distintas relaciones de mediación entre las variables analizadas, serían necesarios estudios más exhaustivos (por ej., experimentales) que analicen de forma rigurosa cada una de las mediaciones propuestas derivadas del modelo de ecuaciones estructurales, por ejemplo, a través de controlar otro tipo de variables (por ej., el apoyo social, o la reevaluación cognitiva) relevantes en la explicación del malestar psicológico en la población mayor.

Este estudio es de carácter transversal, por lo que las consideraciones respecto al papel de las variables de regulación emocional utilizadas en este trabajo han de tomarse con cautela. Futuros estudios experimentales o longitudinales podrían aportar resultados más

fiables en este sentido, que permitan esclarecer el papel o función que juegan las estrategias de regulación emocional en el impacto negativo y/o positivo que los sucesos vitales tienen sobre la persona mayor.

Por lo que respecta a la muestra utilizada para este estudio, cabe señalar, igualmente, que los resultados obtenidos han de ser considerados con cautela, puesto que la muestra no está obtenida de forma aleatoria a partir de la población general de mayores de la comunidad, estando compuesta por personas mayores con un nivel de autonomía funcional y cognitiva que les permite vivir en la comunidad y participar de actividades culturales y de desarrollo personal. Por lo tanto, los resultados obtenidos podrían no ser generalizables a otros grupos de personas mayores, tales como muestras clínicas, institucionalizadas, o que, simplemente, no participen de las redes sociales y culturales disponibles en su comunidad (por ej., centros culturales). Asimismo, una importante limitación que, sin embargo, es habitual en la investigación con población mayor, es que la muestra utilizada presenta una importante diferencia de sexos, siendo especialmente limitada la muestra de hombres. Esta característica de la muestra limita la generalización de los resultados de este estudio al grupo de población mayor general.

Por otro lado, es necesario un mayor número de estudios que analicen el efecto perjudicial que tienen las estrategias manejadas a lo largo de este trabajo, concretamente, en la población mayor, dado que, aún hoy los trabajos señalados son escasos para generalizar los resultados obtenidos en este estudio, así como en otros similares.

#### **5.4.6. Futuras líneas de investigación**

Parece, pues, que es la vejez una etapa en la que un mayor número de sucesos vitales negativos parece tener lugar y en la que, además, la persona suele realizar un "repaso" de su vida buscando una integración de las experiencias vividas a lo largo de ésta. Además, se ha visto cómo un déficit en estrategias adecuadas de aceptación de estos sucesos (por ej., pérdidas) y de regulación de las emociones negativas asociadas a éstos podría conducir a un bloqueo en las metas y actividades personales significativas de la persona mayor (mantenimiento de metas no alcanzables o no sustitución de dichas metas por otras nuevas realistas, con el impacto negativo consecuente en el estado de ánimo) y/o a reflexiones negativas sobre la propia vida. Por esta razón, parece evidente que, tanto desde una perspectiva de prevención como de intervención, una línea principal de actuación en psicogerontología ha de ser explorar más a fondo los mecanismos implicados en el

afrontamiento que las personas mayores realizan de las pérdidas asociadas a los eventos vitales, la posible falta de aceptación de las mismas y las consecuencias conductuales de dicha falta de aceptación. Como ya se ha comentado en el apartado anterior, resulta necesario que estudios futuros exploren los correlatos comportamentales de las estrategias de regulación emocional analizadas en el presente estudio, de cara a encontrar estos patrones conductuales que reflejan la ausencia del "ajuste" o adaptación a las experiencias vitales. Además, resultaría de gran utilidad la realización de investigaciones de tipo cualitativo que permitiesen complementar los resultados encontrados en estudios como el que se presenta en este trabajo con análisis del discurso y las narrativas de las personas mayores sobre sus historias de vida, especialmente, sobre cómo consideran que les han afectado los diferentes acontecimientos vividos a lo largo de su ciclo vital. En este sentido, las cuestiones implícitas en la línea de investigación en la que se enmarca este trabajo le acercan en gran medida al ámbito de investigación de la gerontología narrativa (Kenyon, Clark y de Vries, 2001), subdisciplina de la gerontología que enfatiza la efectividad y utilidad de las historias de vida personales en el contexto de la intervención psicológica con personas mayores.

En relación con lo anterior, una de las aportaciones más importantes de este trabajo es la identificación de un grupo de personas con un perfil psicológico más vulnerable, caracterizados por el frecuente uso de estrategias desadaptativas de regulación emocional ante la experiencia de sucesos vitales negativos. Bajo esta perspectiva, la gerontología clínica parece tener un importante papel en relación a la atención psicológica a las personas mayores; concretamente, parece fundamental el desarrollo de intervenciones eficaces para facilitar a las personas mayores que, ante la presencia de los sucesos negativos habituales en la vejez, sean capaces de aplicar una regulación emocional adaptativa que les permita ajustar sus metas y prioridades vitales de forma flexible, de cara a seguir implicadas en una vida con sentido, orientada hacia direcciones valiosas y, con ello, mantener altos niveles de bienestar psicológico. Se propone, por lo tanto, la necesidad de desarrollar y aplicar, especialmente a las personas que presenten este perfil vulnerable, programas de intervención dirigidos a reducir sus niveles de evitación experiencial y de rumiación y potenciar su capacidad de crecimiento personal para adaptarse adecuadamente a las pérdidas experimentadas tal y como han señalado otros autores (Davis y Nolen-Hoeksema, 2001). Por lo tanto, se hace necesario continuar desarrollando la línea de investigación sobre los sucesos vitales en las personas mayores, con el propósito de ser cada vez más capaces de diseñar intervenciones eficaces que potencien la utilización de estrategias de

regulación emocional que faciliten la aceptación y el crecimiento personal ante los eventos vitales significativos, tan frecuentes en la población mayor.

Puesto que la evitación experiencial se ha identificado como un elemento importante en la explicación del malestar de las personas mayores, sería interesante plantearse el desarrollo de una nueva escala (o varias) de impacto psicológico de los sucesos vitales, que permitan evaluar la presencia de mecanismos de evitación experiencial específicamente relacionados con los sucesos vitales. De este modo, otra de las líneas futuras de investigación que se propone es la de diseñar y crear una escala regulación emocional específica ante los sucesos vitales basada procesos de evitación experiencial.

Por otro lado, futuros estudios han de analizar de forma exhaustiva y rigurosa las mediaciones entre las variables de regulación emocional propuestas en este estudio, con muestras mayores y controlando otras variables relacionadas con la salud, la medicación o el apoyo social. De forma específica, es preciso aunar esfuerzos por delimitar el tipo de relación establecida entre la rumiación y la evitación experiencial, de cara a, por un lado, comprender el mecanismo de acción a través del cual las personas experimentan mayores niveles de malestar, y por otro, proponer programas terapéuticos con herramientas y técnicas útiles de actuación para conseguir tales objetivos. Además, son necesarios estudios longitudinales que proporcionen datos más estables y generalizables sobre los resultados obtenidos en este trabajo.

Para concluir, cabe señalar que otra de las líneas de actuación e investigación que se propone es el fomento generalizado de la investigación clínica aplicada que permita, desde los estamentos públicos y privados en los que se lleva a cabo un trabajo directo con las personas mayores, contribuir al avance del conocimiento dentro de la psicogerontología.

En el Cuadro 1 se presentan las principales conclusiones de este Estudio.

**Cuadro 1.** Conclusiones del capítulo 5**Conclusiones de este capítulo**

Las escalas de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales (EEIPSV) presentan adecuadas propiedades psicométricas para evaluar la ocurrencia de determinados sucesos vitales, tanto positivos como negativos, así como el pensamiento rumiativo asociado a ellos, y más limitadas para evaluar el crecimiento personal asociado a los sucesos vitales.

Se constata que las estrategias de regulación emocional tienen un papel esencial en la explicación del malestar psicológico producido por los sucesos vitales. Concretamente, el estilo rumiativo, el pensamiento rumiativo y el crecimiento personal asociado a sucesos vitales median completamente el efecto perjudicial de los sucesos vitales negativos sobre el malestar, y parcialmente, sobre los sucesos vitales positivos.

La evitación experiencial se ha mostrado como una variable relevante en la explicación del malestar psicológico.

La función física ha mostrado su papel activo en la explicación del malestar emocional, y concretamente, su papel mediador en el efecto que tienen los sucesos vitales sobre el malestar emocional.

Asimismo, se constata la existencia de un perfil de vulnerabilidad psicológica en las personas mayores, caracterizado por el elevado uso de estrategias desadaptativas de regulación emocional y una escasa presencia de crecimiento personal asociado a los sucesos vitales negativos. Así, este perfil presenta peores niveles de bienestar psicológico.



## **CAPÍTULO 6**

### **Estudio 2: Intervención psicológica en duelo complicado a través de la terapia de aceptación y compromiso**

---





## Introducción

---

A lo largo de los capítulos uno y dos se analizó la relevancia que tienen los sucesos vitales en la población mayor, así como las estrategias de regulación emocional empleadas para su afrontamiento en la explicación del bienestar psicológico de las personas mayores. Con el objetivo de poder analizar adecuadamente estas variables, en el Estudio 1 (capítulo 5) se desarrolló una escala de evaluación del impacto psicológico de los sucesos vitales, que no sólo permite evaluar la ocurrencia de tales sucesos en la vida de las personas sino, también, dos variables de regulación emocional relacionadas con el impacto psicológico de dichos sucesos en el bienestar actual de las personas mayores: el pensamiento rumiativo y el crecimiento personal relacionados con tales sucesos. Además, se identificó un perfil de vulnerabilidad psicológica, compuesto fundamentalmente por mujeres, muchas de ellas en estado de viudedad, que presentaban elevadas puntuaciones en estilo rumiativo, evitación experiencial y pensamiento rumiativo sobre los sucesos vitales, así como por una baja capacidad de crecimiento personal ante los sucesos vitales. Asimismo, se propuso un modelo explicativo del malestar psicológico de las personas mayores a partir de las variables analizadas. Los resultados del Estudio 1 han permitido constatar la importancia de las variables de regulación emocional como variables que parecen mediar el efecto adverso de los sucesos vitales negativos (por ej., fallecimiento de algún familiar) sobre el bienestar psicológico de las personas mayores. Tras esta constatación, y teniendo en cuenta la revisión del panorama actual de la intervención psicológica en duelo complicado llevada a cabo en el capítulo 3, se planteó el interés y la conveniencia de llevar a cabo un estudio de intervención específico que permitiera analizar la efectividad de técnicas de intervención psicológica concretas para, concretamente, disminuir el malestar emocional en personas mayores con dificultades para aceptar y adaptarse a una pérdida afectiva (fallecimiento del cónyuge u otro familiar), suceso vital que se encuentra claramente relacionado con el desarrollo de sintomatología depresiva provoca en la población mayor (Chan et al., 2011; Bonano, 2004; Vinkers et al., 2004). De forma específica, en este capítulo se propone un estudio de intervención en el que se pretende analizar la eficacia de un programa de intervención psicológica basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso para reducir los niveles de malestar psicológico de personas mayores en proceso de duelo complicado tras pérdidas afectivas.

## 6.1. MÉTODO

### 6.1.1 Participantes

De la misma forma que en el primer estudio, y tal y como se describe con más detalle en la sección de procedimiento, los participantes en este segundo estudio fueron reclutados en el Centro de Mayores de la Cruz Roja Reina Sofía, en Madrid, a través del convenio de colaboración establecido entre Cruz Roja y Universidad Rey Juan Carlos. Las personas que han participado están vinculadas con dicho centro por ser usuarios de las actividades formativas y culturales que en él se desarrollan (informática, inglés, etc.).

El programa piloto que se describe en este estudio está dirigido a aquellas personas que siguen padeciendo un importante grado de sufrimiento asociado al fallecimiento de un familiar querido. Se ha tomado como criterio de inclusión el que haya pasado más de un año desde el fallecimiento del familiar, dado que este plazo es el señalado por algunos autores como fecha a partir de la cual se puede considerar que ha finalizado el duelo normal (Worden, 1997; Parkes, 1988). Específicamente, las personas que participan cumplen los criterios de duelo complicado según la clasificación propuesta por Prigerston et al., (1999) y adaptada al castellano por García-García (2002), ya descrita en el capítulo 3. Los criterios de inclusión para el programa pueden encontrarse en la Tabla 6.1.

**Tabla 6. 1.** Criterios de inclusión para el programa de intervención

Criterios de inclusión
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser mayor de 60 años</li> <li>- Saber leer y escribir</li> <li>- Que haya pasado un año o más desde el fallecimiento del familiar (cónyuge u otro familiar cercano)</li> <li>- Cumplir los criterios para el duelo complicado (Prigerson et al., 1999; adaptación española llevada a cabo por García-García et al., 2002).</li> <li>- Que exista un malestar psicológico actual asociado a la pérdida. Concretamente:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener una puntuación en sintomatología depresiva elevada (CES-D <math>\geq</math> 16)</li> <li>• Tener una puntuación de 2 o 3 (bastante o mucho) en la escala de pensamiento rumiativo (EPR) sobre fallecimiento del cónyuge o de otro familiar (ítems 4 y 5).</li> </ul> </li> <li>- No estar recibiendo ayuda psicológica en el momento en el que se ofrece el programa</li> </ul>

## **6.1.2 Variables e instrumentos**

Todas las evaluaciones (iniciales y post-intervención) fueron realizadas en el Centro de Mayores Cruz Roja “Infanta Mercedes”, mediante entrevista individual. Fueron llevadas a cabo por psicólogos entrenados ajenos a las hipótesis y condiciones experimentales del estudio.

### **6.1.2.1 Evaluación de los criterios de inclusión: entrevista telefónica**

Con el objetivo de conocer el perfil de las personas interesadas en participar en el estudio se realizó una primera entrevista telefónica en la que se evaluaron los criterios de inclusión y las características sociodemográficas básicas. En esta entrevista telefónica se preguntaba a la persona quién era la persona que había fallecido y cuánto tiempo había transcurrido desde su fallecimiento. Tras obtener esta información se evaluaba el grado de malestar asociado a la pérdida en la actualidad a través de las siguientes preguntas: “¿Siente hoy por hoy algún malestar psicológico importante en relación a dicha pérdida?” y “Ese malestar en relación a la pérdida, ¿le interfiere y/o le dificulta de alguna forma llevar con normalidad su vida cotidiana o su día a día?”. A continuación, se le preguntaba a la persona: “¿Le interesaría conocer alguna estrategia que le facilitase afrontar esta pérdida?”. Tras esta pregunta se evaluaba el último de los criterios de inclusión, esto es, si la persona estaba recibiendo ayuda psicológica en el momento actual. Por último, aunque no se trataban de criterios de inclusión, se evaluaron otros aspectos con el objetivo de analizar posibles diferencias en el perfil de las personas participantes en el grupo control y en el grupo intervención. Concretamente, se preguntó si habían recibido ayuda psicológica en el pasado y si estaban tomando algún tipo de medicación para ansiedad y/o depresión, u otros problemas psicológicos.

### **6.1.2.2 Variables e instrumentos**

Tras la evaluación telefónica se citó a los participantes que cumplían los criterios de inclusión para una entrevista individual. En ésta se evaluaron las variables que se describen en este apartado y además, mediante entrevista semi-estructurada se comprobó la presencia de los criterios para el diagnóstico de Duelo Complicado (Prigerson et al., 1999; adaptación española llevada a cabo por García-García et al., 2002) ya descritos en el capítulo 3. Estas mismas variables fueron evaluadas tras la finalización de la intervención. Para la selección de las variables se ha partido del modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y

Folkman (1984) que, tal y como se reflejó en el capítulo 5, configura el marco teórico que guía este trabajo. De acuerdo con este modelo, las variables evaluadas se pueden clasificar en: variables sociodemográficas (descritas en el apartado anterior, evaluación telefónica), estresores, variables mediadoras y de resultado (o dependientes). Cabe reseñar que, la denominación de variables “mediadoras” que se hace a lo largo de este capítulo tiene que ver con la clasificación planteada por el modelo de estrés, si bien es cierto que en este estudio no se van a llevar a cabo análisis de mediación para comprobar dicha condición. En la Tabla 6.2 se muestra una descripción básica de las variables. Los instrumentos que se utilizaron para su evaluación se pueden consultar en el Anexo 4.

**Tabla 6. 2.** Variables evaluadas e instrumentos utilizados

Tipo de variables	Variable	Instrumento de medida
<b>Variables mediadoras</b>	Pensamiento rumiativo sobre el fallecimiento del cónyuge/otro familiar	Escala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR). Ítems 4 y 5.
	Crecimiento personal asociado al fallecimiento del cónyuge/otro familiar	Crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP). Ítems 4 y 5
	Estilo rumiativo	Cuestionario de Estilos de Respuesta a la Tristeza (RRS-versión reducida; de Jackson y Nolen-Hoeksema, 1998). 10 ítems.
	Evitación experiencial	Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ; Hayes et al., 2000). 9 ítems
	Malestar emocional relacionado con la pérdida	Preguntas específicas
<b>Variables de resultado</b>	Preguntas específicas Interferencia con la vida relacionada con la falta de motivación generalizada	
	Interferencia con la vida relacionada con el pensamiento rumiativo	
	Pérdida de actividades y reforzadores	
	Interferencia con la vida relacionada con la Pérdida de actividades y reforzadores Aceptación de la pérdida	
	Bienestar psicológico	Adaptación española de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Ryff., 1989), realizada por Díaz et al., (2006). 39 ítems.
	Sintomatología depresiva	Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977). 20 ítems.

## A. Variables mediadoras

### ➤ a.1. Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales pasados

Para evaluar el pensamiento rumiativo asociado a los sucesos vitales de interés para este estudio (fallecimiento cónyuge y fallecimiento de otro familiar cercano) se han utilizado dos ítems específicos de la escala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR) desarrollada en el capítulo 5. Cada persona respondía únicamente a uno de esos dos ítems (el que corresponda en función de su pérdida) que están dirigidos a evaluar de forma específica el pensamiento rumiativo sobre el fallecimiento del cónyuge y sobre el fallecimiento de otro familiar cercano. Concretamente, los ítems utilizados fueron: “¿con qué frecuencia le vienen a la cabeza recuerdos y pensamientos sobre el fallecimiento de su cónyuge/otro familiar cercano provocándole malestar o amargura?”. Las 4 opciones de respuesta propuestas son de tipo Likert (0 = nunca; 1 = alguna vez; 2 = bastante; 4 = mucho). La fiabilidad de la escala es adecuada, con un coeficiente de alpha ordinal de 0.88 para la escala global, y 0.84 para la subescala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales negativos.

### ➤ Crecimiento personal asociado a sucesos vitales pasados

Para evaluar el crecimiento personal asociado a los sucesos vitales de interés para el presente estudio -el fallecimiento cónyuge o fallecimiento de otro familiar cercano- se han utilizado dos ítems específicos de la escala de crecimiento personal asociado a sucesos vitales (ECP) desarrollada en el capítulo 5 (ítems 4 y 5). Para cada uno de estos sucesos se preguntó “¿Hasta qué punto ha extraído algo positivo (aprendizaje, crecimiento personal) de esta experiencia?”. La escala presenta 4 opciones de respuesta de tipo Likert (0 = nada; 1 = algo; 2 = bastante; 4 = mucho). La fiabilidad de la escala global es aceptable, con un coeficiente de alpha ordinal de 0.73 y excelente para la subescala de crecimiento personal asociado a sucesos negativos, con un alpha ordinal de 0.90.

### ➤ Estilo rumiativo

Esta variable ha sido evaluada a través de la versión reducida del Cuestionario de Estilos de Respuesta a la Tristeza (RRS-versión reducida; Jackson y Nolen-Hoeksema, 1998), que evalúa la tendencia a emplear la rumiación (entendida como la focalización en los sentimientos de tristeza y la repetición recurrente de pensamientos negativos) cuando la persona está experimentando sentimientos de tristeza, melancolía o abatimiento. Consta de 10 ítems (por ej., “piensa en lo solo que se siente” o “piensa en sus sentimientos de cansancio y dolor”) con formato de respuesta tipo Likert con 4 opciones de respuesta (0= nunca, 1= a

veces, 2= frecuentemente y 3=siempre). Los datos sobre consistencia interna en población mayor han sido excelentes, encontrándose un alpha de Cronbach de 0.91 (Márquez-González et al., 2012). En el presente trabajo se han obtenido resultados similares: consistencia interna (alpha de Cronbach) de 0.89.

### ➤ **Evitación experiencial**

La evitación experiencial se ha medido a través de la adaptación española del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ; Hayes et al., 2000) realizada por Wilson y Luciano (2002). Esta escala evalúa la falta de disposición de una persona a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (por ej.: sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales), así como sus intentos de alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona (Hayes et al., 1996). Está compuesta por 9 ítems (por ej., “tenga o no claro el mejor modo de resolver un problema me pongo en marcha”) y sus respuestas tipo Likert se agrupan de la siguiente forma: 1=nunca, 2= raramente, 3= ocasionalmente, 4=a veces, 5= frecuentemente, 6= casi siempre y 7= siempre. Presenta adecuadas propiedades psicométricas, con adecuados índices tanto de consistencia interna, como de validez de criterio, predictiva y convergente (Hayes et al., 2004). Una puntuación alta en esta escala sugiere altos niveles de evitación experiencial. En trabajos previos realizados con población mayor española se han obtenido adecuadas propiedades psicométricas para esta escala, con un alpha de Cronbach de 0.62 (Márquez-González et al., 2012). En el presente trabajo se ha obtenido un resultado idéntico (alpha de Cronbach de 0.62).

## **B. Variables de resultado**

### ➤ **Bienestar psicológico**

La medida de bienestar psicológico utilizada ha sido la adaptación al español de la versión de Van Dierendonck (2005) de las escalas de bienestar psicológico propuestas originalmente por Carol Ryff (Keyes, Shmotkin, y Ryff, 2002; Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995). La versión española fue validada por Díaz et al. (2006). Consta de 39 ítems (por ej., “cuando repaso la historia de mi vida estoy contento de cómo han resultado las cosas”) divididos en seis subescalas (por ej. crecimiento personal). Las opciones de respuesta, de tipo Likert, oscilan entre 0 y 5 (0 = totalmente en desacuerdo; 5 = totalmente de acuerdo). En la adaptación al castellano se obtuvieron índices de fiabilidad entre aceptables y buenos, con valores alpha de Cronbach comprendidos entre 0.83 (autoaceptación) y 0.68 (crecimiento

personal) (Díaz et al., 2006). En este estudio se han empleado la medida de la puntuación global, que presenta una consistencia interna (alpha de Cronbach) de 0.87 en este trabajo.

### ➤ **Sintomatología depresiva**

Para la evaluación de la sintomatología depresiva se ha utilizado la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977), que evalúa la frecuencia de aparición de síntomas depresivos en la última semana. Consta de 20 ítems (por ej., "Sentía que no podía librarme de la tristeza incluso con la ayuda de mi familia o amigos") a través de un formato de respuesta de cuatro opciones tipo Likert (de 0 = "raramente o nunca" a 3 = "todo el tiempo"). El coeficiente alpha obtenido en el trabajo original varía entre 0.85 (con población general) y 0.90 (con población clínica). Habitualmente se utiliza como punto de corte una puntuación de 16 en esta escala (Radloff y Teri, 1985). En la versión española también se han obtenido adecuados índices de fiabilidad ( $\alpha = 0.90$ ), de sensibilidad (0.95) y de especificidad para detectar sintomatología depresiva (0.91) (Soler y otros, 1997). Esta escala presenta buenas propiedades psicométricas en población mayor (alpha de Cronbach de 0.87; Márquez-González et al., 2012). En este estudio se ha obtenido un buen índice de fiabilidad (alpha de Cronbach) de 0.84.

### ➤ **Otras variables de interés**

Además de las variables e instrumentos ya señalados, se incluyeron algunas preguntas específicas para obtener mayor información acerca de cómo la pérdida experimentada afectaba a la persona en la actualidad, con el objetivo de concretar el perfil propuesto para el estudio, según el cual deben ser personas que, aunque hayan sufrido la pérdida del familiar hace tiempo, aún hoy presenten un malestar emocional importante asociado a dicha pérdida. Estas preguntas se exponen a continuación:

**i. Malestar emocional relacionado con la pérdida:** esta variable se evaluó a través de la pregunta "¿hasta qué punto cree que esa pérdida le produce un malestar emocional hoy por hoy?". Las opciones de respuesta propuestas van de 0 (ningún malestar) a 10 (malestar extremo).

**ii. Interferencia en la vida cotidiana del malestar relacionado con la pérdida:** esta variable hace referencia de hasta qué punto el malestar de la persona le ha supuesto dejar de hacer su vida con normalidad (procesos de evitación), dejando de hacer actividades que antes del fallecimiento del familiar realizaba. Se evaluó a través de una pregunta específica ("¿Hasta qué punto cree que este malestar le interfiere en el

desarrollo normal de su vida cotidiana?”) con opciones de respuesta desde 0 (totalmente en desacuerdo) y 10 (totalmente de acuerdo). Esta pregunta se realizaba en tres ocasiones a través de los ítems que se describen a continuación, con el fin de evaluar tres posibles vías de interferencia. Las opciones de respuesta eran las mismas que las de la pregunta general sobre interferencia (desde 0 = totalmente en desacuerdo; hasta 10 = totalmente de acuerdo):

**a) Interferencia en la vida cotidiana relacionada con la falta de motivación generalizada:**

A través del ítem "He dejado de hacer cosas porque ya no me apetece hacer nada" se exploró si la interferencia del malestar asociado a la pérdida en la vida cotidiana se refleja en una baja frecuencia de realización de actividades, producida por un proceso de desmotivación generalizada a todas las actividades, contextos y relaciones personales que rodean a la persona. En este caso, se asume que la persona experimenta un malestar tan intenso que no tiene ganas de hacer nada (por ej. actividades agradables, participación en reuniones sociales...).

**b) Interferencia en la vida cotidiana relacionada con pensamientos rumiativos sobre la persona:**

En este caso se evalúa si la interferencia percibida se debe a que la realización de algunas actividades específicas da lugar a la activación de recuerdos del familiar en la situación específica. El ítem concreto es: "He dejado de hacer actividades porque haciendo esas actividades me acuerdo mucho de esa persona, y lo paso mal".

**c) Interferencia en la vida cotidiana relacionada con la pérdida de actividades y reforzadores:**

Este ítem evalúa si la evitación de estas actividades es debida a la falta de estímulos reforzadores de la actividad que la persona tenía cuando aún vivía la persona fallecida. ("He dejado de hacer actividades porque antes las hacía con esa persona, y ahora no tiene sentido hacerlas sin ella, o simplemente no se pueden hacer sin él/ella").

**iii. Pregunta específica: aceptación de la pérdida**

Esta información es evaluada para conocer hasta qué punto la persona cree que tiene asumida la pérdida en la actualidad. Se evalúa a través de la pregunta "¿Hasta qué punto



cree que ha asumido esa pérdida hoy por hoy?”. Para su respuesta se presenta una escala de 0 (nada en absoluto) a 10 (completamente aceptada).

### 6.1.2.3. Evaluación de la significación clínica

Para considerar una intervención como una terapia empíricamente validada, Chambless y Hollon (1998) han señalado que obtener resultados significativos del efecto de la intervención no es suficiente para argumentar que el tratamiento sea útil. Para ello, hay que, además, probar si son clínicamente significativos. Esta significación clínica hace referencia al valor práctico o aplicado o la importancia del efecto de la intervención (por ej., si se produce una diferencia en la vida cotidiana de la persona tras la intervención). En este sentido, Jacobson, Roberts, Berns y McGlinchey (1999) señalaron que las personas podrían mejorar, habiéndose visto reducidas sus puntuaciones en las variables resultado, pero no estarían recuperadas si el cambio no es clínicamente significativo. Para que esta recuperación se produzca de una forma clínicamente significativa los autores proponen que han de cumplirse dos criterios: a) la magnitud del cambio debe ser estadísticamente significativa y b) los participantes tienen que encontrarse en una situación que no les distinga de personas que se encuentren en un rango de funcionamiento normal en la/s variable/s de resultado (Jacobson, et al., 1999). Para ello, estos autores han propuesto el Índice de Cambio Fiable (RCI) a través del cual se puede categorizar a las personas como recuperadas o no recuperadas. A continuación se presenta la fórmula estadística para su cálculo,

$$RCI = \frac{X^2 - X^1}{S_{diff}}$$

siendo,  $X^1$ : puntuación previa en la variable de un sujeto;  $X^2$ : puntuación post en la variable de un sujeto;  $S_{diff}$ : Error típico de la diferencia entre las puntuaciones de dos test ( $S_{diff} = \sqrt{2(S_E)^2}$ );  $S_E$ : Error típico de la medida.

### 6.1.2.4. Evaluación de la implementación de la intervención

Con el objetivo de evaluar si la intervención se ha llevado a cabo tal y como se ha planteado se han incluido procedimientos para la evaluación de la implementación de la intervención. Siguiendo la propuesta de Moncher y Prinz (1991), los datos obtenidos a través de la evaluación de la intervención son útiles para valorar si la manipulación de la variable independiente se ha realizado del modo esperado a los objetivos planteados. Siguiendo con los criterios propuestos por Lichtein, Riedel y Grieve (1994) se han evaluado las siguientes dimensiones de la implementación:

#### **a) Evaluación de la transmisión de la información y satisfacción con el programa**

El objetivo de este apartado de la implementación es conocer y analizar el grado de satisfacción de los participantes con el programa de intervención, así como la claridad con la que han percibido la explicación de los contenidos. Para ello se entregó a cada participante un cuestionario de satisfacción al finalizar cada sesión para que valorasen estos aspectos por cada una de las sesiones realizadas y, a su vez, se les entregó un cuestionario al terminar el programa, para que valorasen aspectos relacionados con la satisfacción global con el programa, con el terapeuta, con la transmisión de la información, la claridad con la que se han expuesto los contenidos, etc.

#### **b) Evaluación de la recepción de la información**

La evaluación de esta dimensión tiene como objetivo fundamental analizar el grado de comprensión de los conocimientos, habilidades y técnicas aprendidas en las sesiones. Para ello, se ha diseñado un protocolo de evaluación de conocimientos que, a través de 18 preguntas con opciones de respuesta en una escala continua, con valores comprendidos entre el 0 y el 10, evalúa los contenidos más relevantes trabajados a lo largo de la intervención. Este cuestionario se completó en la primera sesión, antes del comienzo de la intervención, y en la última sesión, al finalizar el programa. A su vez, se registró la asistencia de los participantes a las sesiones del programa. Este cuestionario puede consultarse en el Anexo 5.

#### **c) Evaluación de la generalización de la información**

Con esta medida de evaluación se pretende analizar en qué medida las personas han aplicado los contenidos y herramientas aprendidos en la intervención en su vida cotidiana. Esta información se ha evaluado a partir de las “tareas para casa”. En este sentido, se ha optado por seguir la metodología propuesta por Losada, Márquez, Peñacoba, Gallagher-Thompson y Knight (2007) para evaluar la implementación. Este procedimiento se basa en tres dimensiones fundamentales: a) realización o no de las tareas; b) cuantificación de las tareas realizadas; y c) calidad de las tareas entregadas. Los procedimientos de evaluación de estas dimensiones de la implementación se describen a continuación.

En cuanto a la evaluación de la realización de las tareas para casa, el procedimiento fue el siguiente: si se han realizado, se puntúa el nivel máximo (4). En caso contrario, el terapeuta selecciona una de las 3 opciones resultantes (0, 1, 2, 3) en función del tipo de motivos que justifican la no realización de las tareas, extraídos de Alonso (2011). Así, puede verse en la Tabla 6.3 la distribución de las puntuaciones según la valoración del terapeuta.

**Tabla 6.3.** Criterios para la valoración de la realización de las tareas para casa

Puntuación	Valoración terapeuta
0	Las tareas no han sido realizadas y los motivos no son justificados
1	Las tareas no han sido realizadas y los motivos tienen justificación intrínseca o personal
2	Las tareas no han sido realizadas y los motivos tienen justificación extrínseca o externa
3	Las tareas no han sido realizadas y se desconocen los motivos
4	Las tareas sí han sido realizadas

En relación con la cuantificación de las tareas realizadas, se asignaba un 4 (puntuación máxima) cuando la persona había realizado todas las tareas solicitadas, u otras puntuaciones en función de la cantidad de tareas realizadas (ver Tabla 6.4).

**Tabla 6.4.** Criterios para la cuantificación del número de tareas para casa

Puntuación	Valoración terapeuta
0	Las tareas para casa no han sido realizadas
1	Se han realizado menos de la mitad de las tareas

2	Se han realizado la mitad de las tareas
3	Se han realizado más de la mitad de las tareas
4	Se han realizado todas las tareas

Por último, se evalúa la calidad de las tareas entregadas. Esta puntuación se otorga a partir de la valoración clínica por parte del terapeuta. La tabla 6.5 contiene las posibles puntuaciones y valoraciones.

**Tabla 6.5.** Criterios para la cuantificación de la calidad de las tareas para casa

Puntuación	Valoración del terapeuta
0	Las habilidades han sido implementadas de una manera equivocada
1	Las habilidades han sido implementadas de una manera aceptable
2	Las habilidades han sido implementadas de una manera adecuada
3	Las habilidades han sido implementadas de una manera excelente

### 6.1.3. Procedimiento

En este apartado se describen las fases del estudio desde primer contacto con las personas interesadas en el programa de intervención hasta la realización de las evaluaciones post-intervención.

#### 6.1.3.1. Fase 1: Reclutamiento de participantes

Para publicitar el programa diseñado se anunció, a través de carteles informativos en el Centro de Cruz Roja Infanta Mercedes (Madrid), la realización de un programa de intervención psicológica para personas con más de 60 años, con el título “Afrontamiento y aceptación de la pérdida de un ser querido”. Fueron un total de 20 personas las que se interesaron en participar. En el centro se anotaron los nombres y teléfonos de las 20 personas que habían manifestado su interés en participar en la intervención.

### **6.1.3.2. Fase 2: Entrevista telefónica**

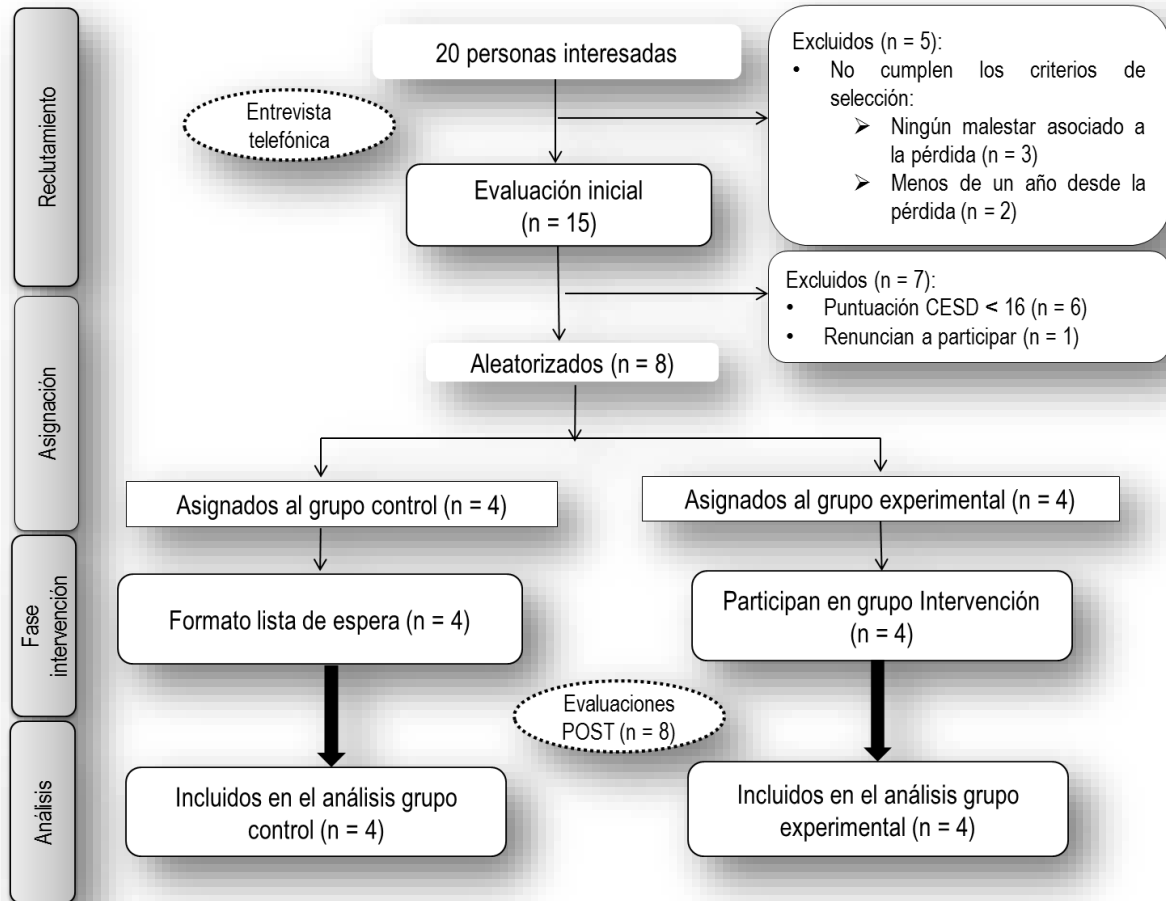
Se llevó a cabo el primer contacto con las personas a través de una entrevista telefónica. En esta evaluación se descartó a aquellas personas cuyo familiar hubiese fallecido en un periodo de tiempo inferior a 1 año y/o que no presentasen en la actualidad ningún malestar psicológico asociado a tal pérdida. Otras áreas evaluadas en la entrevista telefónica y que resultaron criterios de inclusión fueron: que no estuviesen recibiendo ayuda psicológica profesional, que fuesen personas mayores de 60 años y que supiesen leer y escribir (ver Tabla 1).

### **6.1.3.3. Fase 3: Evaluaciones iniciales**

Tras el primer cribaje llevado a cabo en la entrevista telefónica se llevaron a cabo 15 evaluaciones iniciales en las que el evaluador desconocía los objetivos e hipótesis específicas del estudio. Todas las personas interesadas en la participación del estudio firmaron un consentimiento informado. A continuación se realizaron las evaluaciones tras las cuales se descartó a seis personas que obtuvieron una puntuación menor de 16 en sintomatología depresiva (CESD), y a una por no estar interesada en participar en un programa de intervención grupal. A todas las personas que realizaron las evaluaciones iniciales pero que no cumplieron con el criterio de inclusión de sintomatología depresiva (CESD  $\geq$  16) se les propuso participar en un taller. En la Figura 6.1 puede observarse un diagrama que representa el flujo de participantes a lo largo del estudio.

### **6.1.3.4. Fase 4: Aleatorización a las condiciones experimentales: grupo intervención y grupo control**

Participaron finalmente en el estudio ocho personas, todas ellas mujeres. Se asignó de forma aleatoria a los participantes a cada condición de intervención a través de un procedimiento informático de números aleatorios: cuatro personas al grupo de intervención y cuatro al grupo control. Todas las personas que se incluyeron finalmente en el estudio, tanto del grupo control ( $n = 4$ ), como el grupo de intervención ( $n = 4$ ), participaron en las siguientes fases del estudio. Todas ellas fueron evaluadas antes y después de la intervención (tiempo entre evaluaciones de unas 10 - 12 semanas).

**Figura 6.1.** Diagrama representativo del flujo de participantes a lo largo del estudio

Por otro lado, como ya se ha señalado, a las personas que realizaron las evaluaciones iniciales y que no cumplieron criterios de inclusión para participar en el estudio se les propuso participar en un taller grupal de dos horas de duración junto con las personas que formaban parte del grupo control.

### 6.1.3.5 Condiciones de intervención

#### a) Programa de intervención basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso

Se ha desarrollado un programa de intervención basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, 1999). La elección de esta aproximación terapéutica, tal y como se ha señalado en el capítulo 3, tiene que ver con su idoneidad para el abordaje de problemas relacionados con situaciones no modificables cuya aceptación resulta difícil y que, por tanto, se asocian con malestar al dificultar el desarrollo del proyecto vital de la persona o la realización de actividades asociadas con sus valores personales. Aplicado al presente estudio, consideramos que ACT puede contribuir de manera significativa a ayudar a aquellas personas que tienen dificultades para la aceptación de pérdidas afectivas experimentadas en el pasado. Esto también ha sido sugerido por Luciano y Cabello (2001), quienes han abordado el problema del duelo a través de esta terapia.

### **i. Estructura de las sesiones**

El programa se llevó a cabo a lo largo de 8 sesiones de dos horas de duración aproximada cada una, con una periodicidad semanal. El formato de las sesiones fue grupal.

En todas las sesiones se ha seguido una misma estructura. En primer lugar se revisaban las tareas para casa (durante unos 15-20 minutos, según el tipo de tarea). A continuación se presentaban los objetivos y nuevas herramientas terapéuticas a trabajar en la sesión y posteriormente se realizaban los ejercicios correspondientes a la sesión durante, aproximadamente, una hora y cuarto. Por último, se proponían y explicaban las tareas que debían hacer para casa y se resolvían las posibles dudas que pudiesen surgir en relación a ellas, para lo cual, se empleaba, aproximadamente, media hora.

### **ii. Metodología**

Para la realización de todas las sesiones se ha empleado una metodología experiencial, en la cual, se exponían en un primer momento de la sesión los contenidos teóricos oportunos de cada sesión para después trabajar sobre esos contenidos mediante metáforas o ejercicios prácticos con el objetivo de que las personas fuesen construyendo el significado que para cada una tuviese en relación a su pérdida.

### **iii. Objetivos y contenidos**

Los generales y específicos de la intervención se describieron en el capítulo 4. Sin embargo, en la Tabla 6.6 se presentan los contenidos más relevantes de cada sesión del programa de intervención.

Tabla 6.6. Objetivos y contenidos de las sesiones

Objetivo de la sesión	Contenidos de la sesión
<b>SESIÓN 1.</b> Objetivo: presentación y encuadre de la terapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Presentación, <b>encuadre de la terapia</b></li> <li>➤ Exploración de los <b>valores personales</b>: exploración de valores vitales, de experiencias de crecimiento personal, de áreas de bienestar eudaimónico</li> <li>➤ <b>Desesperanza creativa</b>.</li> </ul>
<b>SESIÓN 2.</b> Objetivo: clarificación de valores y control como problema	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Clarificación de valores</b>: explorar qué valores están presentes y claros para cada participante. Seleccionar los tres valores más importantes.</li> <li>➤ <b>Desesperanza creativa</b>: análisis de estrategias empleadas hasta ahora para reducir su malestar (explorar evitación experiencial).</li> <li>➤ <b>Anticipación de las dificultades</b> futuras en terapia.</li> </ul>
<b>SESIÓN 3.</b> Objetivo: entrenamiento en aceptación y la defusión con el pensamiento como herramientas para sentirse mejor y analizar el contenido de los pensamientos rumiativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Control como estrategia problemática</b>: análisis de cómo a través del intento de control se ha desarrollado la evitación experiencial.</li> <li>➤ <b>Aceptación de eventos privados</b> como proceso normal de la vida (Vs evitación experiencial).</li> <li>➤ <b>Fusión con el pensamiento</b>: análisis de la función diferencial entre pensamiento y emoción. Analizar la literalidad del lenguaje.</li> <li>➤ <b>Aceptación vs. evitación experiencial</b>: implicaciones de la aceptación de los sentimientos y hechos negativos. Conceptualización de la muerte en su literalidad y grado de aceptación de la muerte.</li> </ul>
<b>SESIÓN 4:</b> Exponerse a las emociones desagradables y comprometerse en el proceso de aceptación emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Exposición experiencial</b>: analizar los procesos de evitación experiencial y hacerlos conscientes</li> <li>➤ <b>Compromiso para la aceptación</b>. Analizar las acciones concretas necesarias para la aceptación y explorar el grado de voluntad a comprometerse con ellas.</li> </ul>
<b>SESIÓN 5:</b> El proceso de aceptación de las emociones dolorosas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Proceso de aceptación de las emociones</b>: conocer y analizar el proceso de aceptación de emociones.</li> <li>➤ <b>Exposición a las emociones y recuerdos negativos</b>. El proceso de exposición a los recuerdos y emociones dolorosas. Fisicalización del dolor</li> </ul>
<b>SESIÓN 6:</b> Análisis de barreras en el proceso de aceptación	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Estar dispuesto a la experiencia</b>. Conocer las dificultades que surgen en el proceso de aceptación emocional. Toma de decisiones sobre qué aceptar.</li> <li>➤ <b>Análisis de barreras</b>: comprender las barreras que se presentan en el proceso de aceptación.</li> </ul>
<b>SESIÓN 7:</b> El problema de la orientación al pasado-futuro	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Contacto con el presente (Mindfulness)</b>: Análisis de situaciones que provocan malestar por estar basadas en aspectos personales (por ej., recuerdos) orientados al pasado y/o al futuro.</li> </ul>
<b>SESIÓN 8:</b> El Yo-contexto y cierre de terapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Analizar el yo-contexto</b>: desarrollar la capacidad para verse a sí mismo contextualizado en distintas situaciones y momentos.</li> <li>➤ Repaso sesiones anteriores: principales técnicas empleadas.</li> <li>➤ Prevención recaídas.</li> </ul>



Tal y como ya se describió en el capítulo 3, hay dos objetivos fundamentales en el marco de trabajo de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 1996): la aceptación de emociones y el trabajo en valores (ajuste flexible de metas). En el programa diseñado el primero de los componentes que empieza a activarse es la clarificación de valores, analizando desde la primera sesión cuales son los valores y metas que tienen y/o tenían las participantes y proponiendo algunos nuevos, a través de ejercicios prácticos reales (historias vitales), relacionados con el bienestar eudaimónico. A su vez, se comienza el trabajo, a través de técnicas basadas en el proceso de desesperanza creativa (metáforas), para la toma de conciencia de que, las estrategias que han estado empleando hasta el momento, para resolver su dolor frente a la pérdida, si bien pueden haber sido adecuadas, no han sido útiles (crear disonancia) y han ido alejando a la persona de sus metas, objetivos y valores. Por tanto, se analiza como tales estrategias (basadas en el intento de control de las emociones), se han convertido más bien en el problema más que en la solución (evitación experiencial). Así, se realizan ejercicios experienciales para ir exponiéndose a las emociones más negativas y que, generalmente, se están evitando. A partir de este momento, se plantea la clave en el trabajo de ACT, planteando el coste de la evitación, asumiendo que tales estrategias, si bien no hacen sentirse mejor, además están alejando a las participantes de sus propios valores y metas pre-establecidas. Por lo tanto, desde este momento (aproximadamente la sesión 2) y a lo largo de todas las sesiones, se potencia, de forma transversal, el ajuste flexible de metas a través de metáforas y ejercicios experienciales de clarificación de valores. En paralelo, otro de los objetivos específicos es reducir los pensamientos rumiativos relacionados con la pérdida y que en la actualidad están siendo los activadores de estados de ánimo depresivos, para lo cual, se fomenta el trabajo en exposición a emociones y pensamientos negativos así como ejercicios para desliteralizar el lenguaje y de-fusionarse con el contenido de tales pensamientos (procesos analizados en el capítulo 3). Asimismo, para lograr estos objetivos también se fomentan, a través de técnicas experienciales (mindfulness, metáforas y ejercicios experienciales), los procesos del yo contexto y contacto con el presente.

## **b) Grupo control en formato lista de espera**

A las personas que fueron incluidas en el grupo control, así como las que realizaron la evaluación inicial y no entraron finalmente en el estudio por no cumplir con el perfil requerido, se las invitó a participar en un taller grupal de dos horas de duración al finalizar las evaluaciones, y que incluía contenidos psicoeducativos sobre los procesos de duelo y la

adaptación a las pérdidas desde una perspectiva del envejecimiento con éxito (Baltes y Baltes, 1990).

#### **6.2.3.6. Fase 5: Evaluaciones post**

Aproximadamente una semana después de la finalización del programa de intervención de 8 sesiones se llevaron a cabo todas las evaluaciones post-intervención (grupo intervención y grupo control), las cuales presentaban el mismo formato e instrumentos que la evaluación realizada antes de la intervención. Al igual que se produjo para las evaluaciones iniciales, estas evaluaciones fueron realizadas por una evaluadora ajena a los objetivos e hipótesis planteadas en el estudio.

## **6.2. ANÁLISIS DE DATOS**

---

De forma previa al análisis de la efectividad del programa, y dado que la muestra utilizada es pequeña ( $n = 8$ ), se realizaron las pruebas de comprobación de normalidad (Shapiro-Wilk) y de homogeneidad (contraste de igualdad de varianzas de Levene) de la muestra. Sólo para aquellas variables que no han cumplido el supuesto de normalidad y homogeneidad se ha limitado el análisis a las pruebas no paramétricas (crecimiento personal asociado a sucesos vitales y pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales).

Con el objetivo de analizar si existen diferencias relevantes entre el grupo control y el grupo intervención (contraste de medias intergrupo) en la evaluación pre-intervención se llevaron a cabo los siguientes análisis:

- **Pruebas no paramétricas.** Se han analizado diferencias entre grupo control y experimental en sus puntuaciones de la evaluación pre-intervención, a través del estadístico U de Mann-Withney (comparación de 2 muestras independientes).
- **Pruebas paramétricas.** Se analizaron diferencias de medias a través de la prueba t de Student para muestras independientes, para las variables cuantitativas, y a través de pruebas de Chi-cuadrado, para las variables categóricas. El mismo procedimiento se ha seguido para analizar las diferencias en las variables sociodemográficas.

Con el objetivo de analizar los efectos de la intervención a lo largo del tiempo, entre la fase pre y post de evaluación, en los grupos control e intervención (contraste de medias intragrupo), se han realizado los siguientes análisis:

- **Pruebas no paramétricas:** se han analizado las diferencias de puntuaciones intrasujeto (puntuaciones pre vs. post) para el grupo intervención y para el grupo control a través de la prueba de Wilcoxon (comparación de 2 muestras relacionadas).
- **Pruebas paramétricas.** Para analizar los efectos de las intervenciones a lo largo del tiempo se han realizado dos tipos de análisis:
  - Por un lado, se han realizado comparaciones entre las puntuaciones pre y post para cada grupo (experimental y control), mediante diferencia de medias con muestras relacionadas (t-Student), para conocer los efectos simples producidos en cada grupo.
  - Por otro lado, y siendo conscientes de las limitaciones asociadas al tamaño muestral, se han realizado diferentes análisis de varianza (ANOVA) de dos factores, uno inter-sujetos (tipo de intervención: grupo control, grupo intervención) y otro intra-sujetos (fase de evaluación) con medidas repetidas en este último factor (evaluaciones pre-intervención y post-intervención). Para cada ANOVA, se han utilizado como variables dependientes cada una de las variables de resultado y mediadoras estudiadas.

Además, para obtener otros indicadores de significación clínica de la intervención se han propuesto los siguientes análisis:

- Se ha analizado el tamaño del efecto mediante el estadístico  $d$  de Cohen. Se han utilizado los criterios convencionales de Cohen (1988) para su interpretación: tamaño pequeño ( $d = 0,20$ ), mediano ( $d = 0,50$ ) y grande ( $d = 0,80$ ).
- Además, se ha utilizado el estadístico Eta-cuadrado parcial ( $\eta p^2$ ) como indicador del tamaño del efecto del tiempo en función del tipo de intervención, siguiendo para su interpretación los criterios propuestos por Stevens (2002), quien considera: pequeño = 0.01; medio = 0.06; y grande = 0, 14).
- Se ha analizado si se ha producido cambio clínico significativo con el paso del tiempo a través del procedimiento señalado por Jacobson y otros (1999), a través del cual se calcula el Índice de cambio fiable, cuya interpretación de los valores es la siguiente: a) valores mayor que 1.96 indican que se ha producido un cambio positivo clínicamente significativo en la puntuación; b) valores menores de -1.96 indican cambio negativo clínicamente significativo en la puntuación; y c) valores entre -1.96 y 1.96 sugieren que no se ha producido un cambio significativo asociado al programa de intervención. Este análisis se ha realizado para las variables resultado de sintomatología depresiva y bienestar psicológico.
- Se ha calculado el porcentaje de personas que presentan niveles y superiores inferiores al punto de corte de 16 en sintomatología depresiva (CES-D).

Por último, se han realizado análisis de evaluación de la implementación a través de análisis descriptivos de las medidas de evaluación de la implementación para el grupo intervención.

---

## 6.3. RESULTADOS

### 6.3.1. Análisis de la distribución de la muestra

La muestra final contó con 8 personas, 4 de las cuales formaron parte del grupo control y 4 del grupo de intervención. Las características sociodemográficas de las participantes, todas ellas mujeres, se muestran en la Tabla 6.7.

**Tabla 6.7.** Características sociodemográficas de las participantes

	Grupo	Edad	Estado Civil	Años de educación	Medicación para ansiedad	Medicación para depresión	Familiar fallecido	Años transcurridos
Participante 1	Intervención	60	Viuda	18	No	Si	Cónyuge	1
Participante 2	Intervención	76	Viuda	18	Si	Si	Cónyuge	5
Participante 3	Intervención	61	Casada	10	No	No	Hijo	8
Participante 4	Intervención	80	Viuda	5	No	No	Cónyuge	5
Participante 5	Control	80	Viuda	9	No	Si	Hijo	15
Participante 6	Control	80	Viuda	7	Si	Si	Cónyuge	2
Participante 7	Control	67	Casada	12	No	No	Hijo	3
Participante 8	Control	69	Casada	18	Si	Si	Hermana	1

Se ha procedido a analizar el ajuste de la muestra a la distribución normal en las variables cuantitativas a través de la prueba de Shapiro-Wilk, recomendado para muestras menores de 30 sujetos (ver Tabla 6.8).

Por lo que puede apreciarse en la Tabla 6.8, sólo para las variables medicación para ansiedad y depresión, utilización de ayuda psicológica en el pasado, crecimiento personal asociado a la pérdida y pensamiento rumiativo no se puede asegurar el supuesto de normalidad. Por ello, estas variables serán analizadas a través de pruebas estadísticas no paramétricas. En cuanto al supuesto de igualdad de varianzas, sólo la edad presenta diferencias significativas en la prueba de Levene. Por lo tanto, salvo esta variable, todas las demás cumplen el supuesto de homogeneidad u homocedasticidad. Puesto que la edad no cumple este supuesto, esta variable también será analizada a través de pruebas estadísticas no paramétricas.

**Tabla 6.8.** Pruebas de normalidad y de homogeneidad de la muestra

VARIABLES	Prueba de normalidad (Shapiro-Wilk)			Prueba de homogeneidad (Prueba de Levene para igualdad de varianzas)	
	Estadístico	gl	sig.	F	Sig
Edad	.85	8	.10	8.64	.026*

Años de educación	.87	8	.15	1.13	.32
Sintomatología depresiva	.92	8	.46	.00	.93
Bienestar psicológico	.93	8	.57	1.23	.30
Estilo rumiativo	.94	8	.68	2.24	.18
Evitación experiencial	.87	8	.15	.10	.75
Malestar asociado a la pérdida	.84	8	.08	1.48	.26
Pensamiento rumiativo asociado a la pérdida	.56	8	.00*	.00	1.00
Interferencia por falta de motivación	.90	8	.31	.30	.60
Interferencia por pensamientos rumiativos	.93	8	.53	1.15	.32
Interferencia por pérdida de reforzadores	.87	8	.15	1.40	.28
Crecimiento personal asociado a la pérdida	.64	8	.00*	1.00	.35
Aceptación de la pérdida	.85	8	.11	.17	.69

\*:  $p \leq .05$

Dada la pequeña muestra de la que se dispone para este estudio ( $n=8$ ), y aun habiéndose cumplido el supuesto de normalidad y de homogeneidad para la mayor parte de las variables, además de los análisis paramétricos habituales se presentarán los resultados obtenidos en las pruebas no paramétricas.

### 6.3.2. Diferencias previas a la intervención entre grupo intervención y grupo control

#### 6.3.2.1 Diferencias en variables sociodemográficas

En este apartado se calculan las diferencias previas a la intervención en variables sociodemográficas entre el grupo intervención y el control. Como puede observarse en la Tabla 6.9, no se han encontrado diferencias significativas previas a la intervención en ninguna de las variables mencionadas.

**Tabla 6.9.** Diferencias previas a la intervención entre el grupo intervención y el control en variables sociodemográficas

		Grupo intervención	Grupo control	Estadístico de contraste	Sig.
<b>Edad media</b>					
	Media (d.t)	69.25 (10.24)	74.00 (6.94)	U = 5	1.00
<b>Años de educación</b>					
	Media (d.t)	12.75 (6.39)	11.5 (4.79)	t = -.31	.76
<b>Estado civil</b>					
	Casada	1 (25%)	2 (50%)	Chi² = .53	.46
	Viuda	3 (75%)	2 (50%)		
<b>Medicación ansiedad</b>					
	Si	1 (25%)	2 (50%)	Chi² = .53	.46
	No	3 (75%)	2 (50%)		
<b>Medicación depresión</b>					
	Si	2 (50%)	3 (75%)	Chi² = .53	.46
	No	2 (50%)	1 (25%)		
<b>Tratamiento psicológico anterior</b>					
	Si	1 (25%)	3 (75%)	Chi² = 2.00	.15
	No	3 (75%)	1 (25%)		

U: U de Mann-Whitney; t: t de student

### 6.3.2.2. Diferencias entre condiciones de intervención en variables mediadoras y resultado

En la Tabla 6.10 se presentan los datos relativos a las puntuaciones medias y desviaciones típicas en las variables mediadoras y de resultado obtenidas en cada evaluación (pre y post-intervención) tanto para el grupo intervención como para el grupo control. Se muestran igualmente los datos de significación correspondientes a la comparación de medias entre las condiciones del estudio.

Como se puede observar, los resultados sugieren que no existen diferencias significativas previas a la intervención en ninguna de las variables evaluadas entre el grupo control y el grupo intervención.

### **6.3.3 Análisis de la eficacia de la intervención**

Se presentan a continuación los resultados obtenidos en los análisis llevados a cabo para analizar los efectos de la intervención a lo largo del tiempo. Tal y como se describió en la sección de método (análisis de datos), para analizar la eficacia de la intervención se han seguido diferentes procedimientos. Por un lado, se han realizado comparaciones entre las puntuaciones pre y post-intervención de cada condición experimental (intervención y control) en las variables de resultado y mediadoras, tanto a través de pruebas paramétricas (prueba t-Student para muestras relacionadas) como de pruebas no paramétricas (Z de Wilcoxon) (ver Tabla 6.10).

Además, para evaluar los efectos de la intervención a lo largo del tiempo controlando las puntuaciones pre-intervención se han realizado diferentes análisis de varianza (ANOVA) de dos factores, uno inter-sujetos (tipo de intervención: grupo control, grupo intervención) y otro intra-sujetos (fase de evaluación), con medidas repetidas en este último factor (evaluaciones pre-intervención y post-intervención) (ver Tabla 6.11). Para cada ANOVA se utilizaron como variables dependientes cada una de las variables de resultado y mediadoras del estudio. Este análisis no se ha llevado a cabo para las variables pensamiento rumiativo y crecimiento personal asociado a la pérdida por no cumplir los supuestos necesarios para este tipo de análisis.



**Tabla 6.10.** Contraste de medias en variables mediadoras y de resultado entre el grupo intervención y el grupo control antes y después de la intervención

Variables	Fase evalua- ción	Contraste intragrupos										Contraste intergrupos	
		Grupo intervención						Grupo control					
		Media	d.t	Pruebas no paramétricas	Pruebas paramétricas		Media	d.t	Pruebas no paramétrica	Pruebas paramétricas		Pruebas no paramétrica	Pruebas paramétricas
				Z	t	d			Z	t	d		
Síntomatología depresiva	Pre	28.75	7.80		6.45**		26.50	10.08		-4.25*		8	-.35
	Post	9.75	2.21	-1.82*		3.82	35.25	8.13	-1.82		-.72	.00**	6.04**
Bienestar psicológico	Pre	107.50	29.49	-1.82*	-.4.18*		115.00	21.02	-.55	.53		6.00	.41
	Post	141.50	27.23			-1.38	109.75	13.62			.34	2.00	-2.08
Malestar actual asociado a la pérdida	Pre	7.75	2.06		7.83**		9.00	.816		1.00		4.5	1.12
	Post	4.00	2.70	-1.84*		1.80	8.25	1.25	-1.08		.82	.00*	2.84*
Interferencia por falta de motivación	Pre	7.25	2.21		4.73*		6.00	2.30		.00		3.00	-.78
	Post	2.00	2.82	-1.82*		2.39	6.00	2.70	.00		0	1.5	2.0
Interferencia por pensamientos rumiativos	Pre	7.75	2.06		6.35**		3.75	3.86		-1.53		2.50	-1.82
	Post	2.25	2.87	-1.84*		2.54	6.75	1.50	-1.28		-1.18	.00†	2.77*
Interferencia por pérdida de reforzadores	Pre	8.00	1.63		7.66**		4.75	3.40		-1.00		5.00	-1.72
	Post	1.00	1.41	-1.82*		5.30	5.75	1.70	-1.00		-0.53	.00*	4.28**
Aceptación de la pérdida	Pre	1.75	2.36		-5.46*		4.50	3.31		1.41		4.00	1.35
	Post	8.25	.95	-1.82*		-4.17	3.50	3.10	-1.34		0.36	.50*	-2.92*
Estilo rumiativo	Pre	13.00	2.94		-5.66*		10.75	6.34		-.25		6.5	-.64
	Post	5.50	1.91	-1.82*		3.49	11.25	4.57	.00		-.10	.50*	2.31†
Evitación experiencial	Pre	36.75	3.30		1.91		36.25	4.19		.83		6.50	-.18
	Post	31.25	7.93	-1.47		1.04	35.00	6.97	-.81		.25	6.00	.71
Pensamiento rumiativo sobre la pérdida	Pre	2.75	.50		--		2.75	.50		--		8	--
	Post	2.50	.58	-2.00*		4.61	.075	.50	-1.00		--	.00*	--
Crecimiento personal asociado a la pérdida	Pre	.25	.50		--		.50	.58		--		6	--
	Post	.00	.00	-1.85*		-4.29	2.00	.00	-1.00		--	.00*	--

\*\* $p \leq .01$ ; \* $p \leq .05$ ; † $p \leq .06$ ; t: Prueba t de Student (pruebas paramétricas); Z: Z de Wilcoxon y U: U de Mann Whitney (pruebas no paramétricas). d: d de Cohen--: no aplicable.

### 6.3.3.1 Diferencias entre el grupo de intervención y grupo control

En la Tabla 10 se presentan los datos relativos a los análisis de comparación de medias tanto con pruebas paramétricas (prueba t para muestras relacionadas) como con pruebas no paramétricas (Z de Wilcoxon), realizado para establecer las diferencias en las puntuaciones pre y post-intervención para cada variable utilizada, en los distintos grupos (control y experimental).

Los resultados relativos a las diferencias por condición con el paso del tiempo (ANOVA de dos factores con medidas repetidas) aparecen en la Tabla 6.11.

**Tabla 6.11.** Análisis de varianza (ANOVA dos factores) de medidas repetidas para las variables estudiadas.

	Efecto	F	Eta al cuadrado parcial ( $\eta^2$ )	Sig.
Sintomatología depresiva	Tiempo * Condición	59.71	.83	.00
Bienestar psicológico	Tiempo * Condición	9.42	.61	.02
Malestar emocional asociado a la pérdida	Tiempo * Condición	11.36	.65	.01
Interferencia por falta de motivación	Tiempo * Condición	11.50	.65	.01
Interferencia por pensamientos rumiativos	Tiempo * Condición	15.76	.72	.01
Interferencia por pérdida de reforzadores	Tiempo * Condición	34.90	.82	.00
Aceptación de la pérdida	Tiempo * Condición	29.34	.83	.00
Estilo rumiativo	Tiempo * Condición	11.63	.66	.01
Evitación experiencial	Tiempo * Condición	1.72	.22	.24

Tiempo: evaluación pre-post; Condición: intervención-control

#### a) Análisis del cambio en variables de resultado

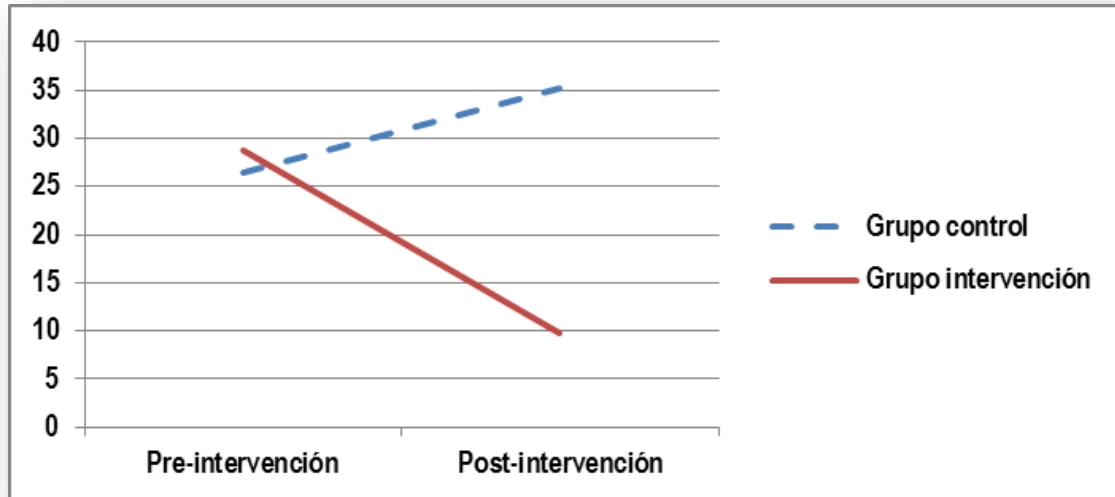
##### i. Sintomatología depresiva

Con los resultados obtenidos a través del ANOVA de dos factores se puede afirmar que se ha producido una diferencia significativa entre el grupo de intervención y el grupo control en la variable sintomatología depresiva a lo largo del tiempo. En el análisis de efectos

simples, analizado mediante prueba t, se observan diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos (ver Tabla 10). Mientras que en el grupo control se han encontrado mayores puntuaciones de sintomatología depresiva en la evaluación post, frente a la evaluación pre-intervención, lo contrario se ha encontrado en el grupo intervención, en el que se obtiene una puntuación media en sintomatología depresiva en la evaluación post significativamente inferior a la encontrada en la evaluación pre-intervención.

Por otro lado, en el ANOVA (ver Tabla 11) se ha encontrado un efecto significativo de la interacción de los factores “tiempo” y “tipo de intervención”, dato que sugiere que, con el paso del tiempo, las puntuaciones en sintomatología depresiva de los dos grupos (control e intervención) se van haciendo progresivamente diferentes. En la Figura 6.2 puede observarse una representación gráfica de los resultados obtenidos para la variable de sintomatología depresiva.

**Figura 6.2.** Perfil de las puntuaciones medias en sintomatología depresiva

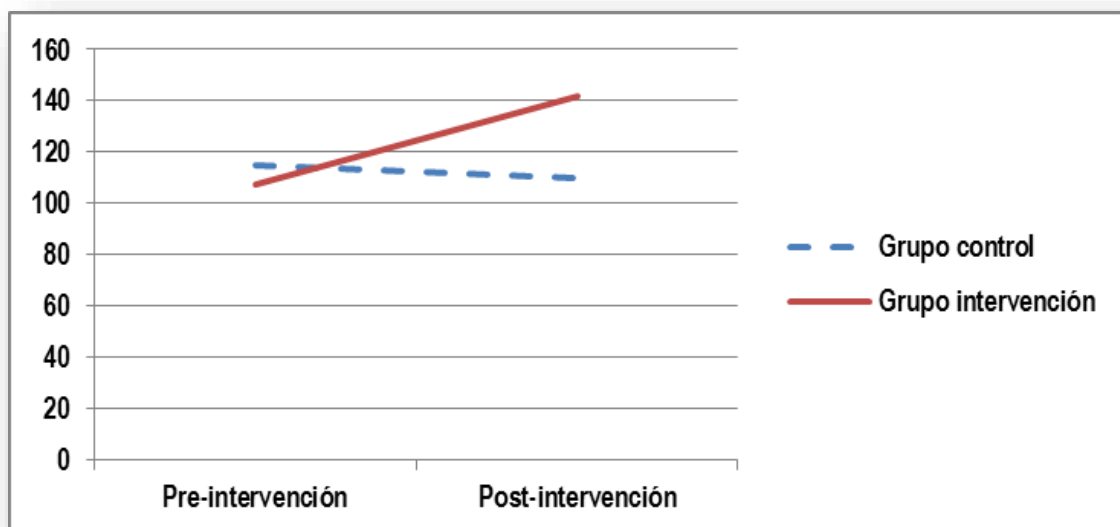


## ii. Bienestar psicológico

En el análisis de efectos simples, analizado mediante prueba t (ver Tabla 6.10), se observan diferencias estadísticamente significativas en el grupo de intervención. El bienestar psicológico en el grupo intervención es significativamente mayor en la evaluación post que en la pre-intervención.

Por otro lado, al igual que con la sintomatología depresiva, se ha encontrado un efecto significativo de la interacción de los factores “tiempo” y “tipo de intervención” (ver Tabla 6.11), lo cual sugiere que, con el paso del tiempo, las puntuaciones en bienestar psicológico de los dos grupos (control e intervención) se van haciendo progresivamente diferentes. En la Figura 6.3 puede observarse una representación gráfica de los resultados obtenidos para la variable de bienestar psicológico.

**Figura 6.3.** Perfil de las puntuaciones medias en bienestar psicológico



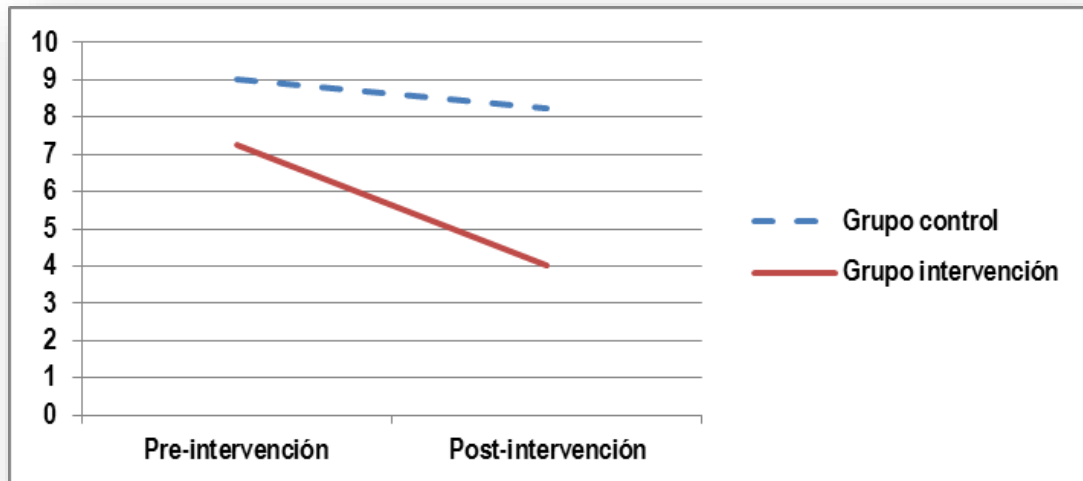
## iii. Malestar emocional asociado a la pérdida

El análisis de efectos simples relativos a la variable malestar asociado a la pérdida indica que existen diferencias estadísticamente significativas en el grupo de intervención, y no así para el grupo control (ver Tabla 6.10). La puntuación media del grupo intervención es menor en malestar emocional asociado a la pérdida en la evaluación post que en la pre.

Por otro lado, también se ha encontrado un efecto significativo de la interacción de los factores “tiempo” y “tipo de intervención” (ver Tabla 6.11), lo que sugiere que, con el paso del tiempo, las puntuaciones en malestar emocional asociado a la pérdida de los dos

grupos (control e intervención) se van haciendo progresivamente diferentes. En la Figura 6.4 puede observarse una representación gráfica de los resultados obtenidos para la variable de malestar asociado a la pérdida.

**Figura 6.4.** Perfil de las puntuaciones medias en malestar asociado a la pérdida



#### iv. Interferencia en la vida cotidiana del malestar relacionado con la pérdida

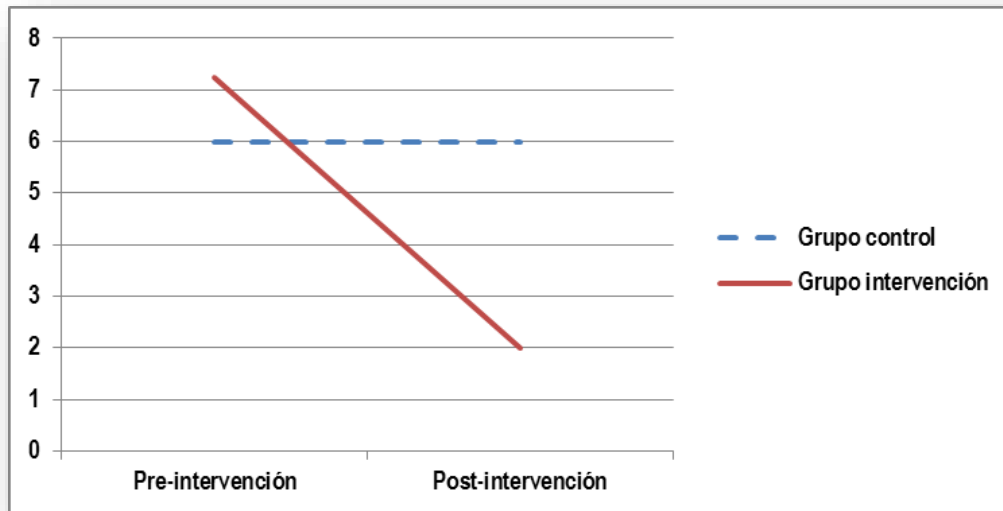
##### ○ Interferencia en la vida cotidiana relacionada con falta de motivación generalizada

El análisis de efectos simples indica que existen diferencias estadísticamente significativas en interferencia con la vida cotidiana en el grupo de intervención, y no así para el grupo control. La puntuación media del grupo intervención en interferencia en la vida cotidiana relacionada con falta de motivación general es significativamente menor en la evaluación post que en la pre-intervención (ver Tabla 6.10).

A su vez, se ha encontrado un efecto significativo de la interacción de los factores “tiempo” y “tipo de intervención” (ver Tabla 6.11), lo cual sugiere que, con el paso del tiempo, las puntuaciones en interferencia relacionada con la falta de motivación de los dos grupos (control e intervención) se van haciendo progresivamente diferentes. En la Figura 6.5 puede observarse una representación gráfica de los resultados obtenidos para la

variable de interferencia en la vida cotidiana relacionada con la falta de motivación general.

**Figura 6.5.** Perfil de las puntuaciones interferencia en la vida cotidiana relacionada con falta de motivación general

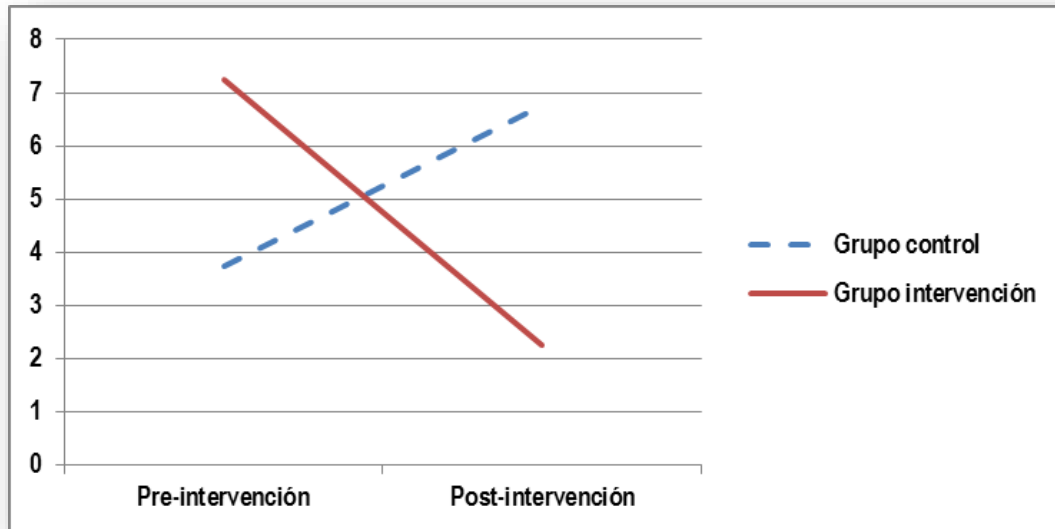


○ **Interferencia en la vida cotidiana relacionada con el pensamiento rumiativo sobre la pérdida**

El análisis de efectos simples indica que existen diferencias estadísticamente significativas en el grupo de intervención, y no así para el grupo control. En el grupo de intervención, la puntuación media en interferencia en la vida cotidiana relacionada con los pensamientos rumiativos sobre la pérdida es menor en la evaluación post que en la pre-intervención (ver Tabla 6.10).

Por otro lado, en el ANOVA (ver Tabla 6.11) se ha encontrado un efecto significativo de la interacción de los factores “tiempo” y “tipo de intervención”, dato que sugiere que, con el paso del tiempo, las puntuaciones en interferencia en la vida cotidiana relacionada con el pensamiento rumiativo sobre la pérdida de los dos grupos (control e intervención) se van haciendo diferentes con el paso del tiempo. En la Figura 6.6 puede observarse una representación gráfica de los resultados obtenidos para la variable de interferencia en la vida cotidiana relacionada con los pensamientos rumiativos sobre la pérdida.

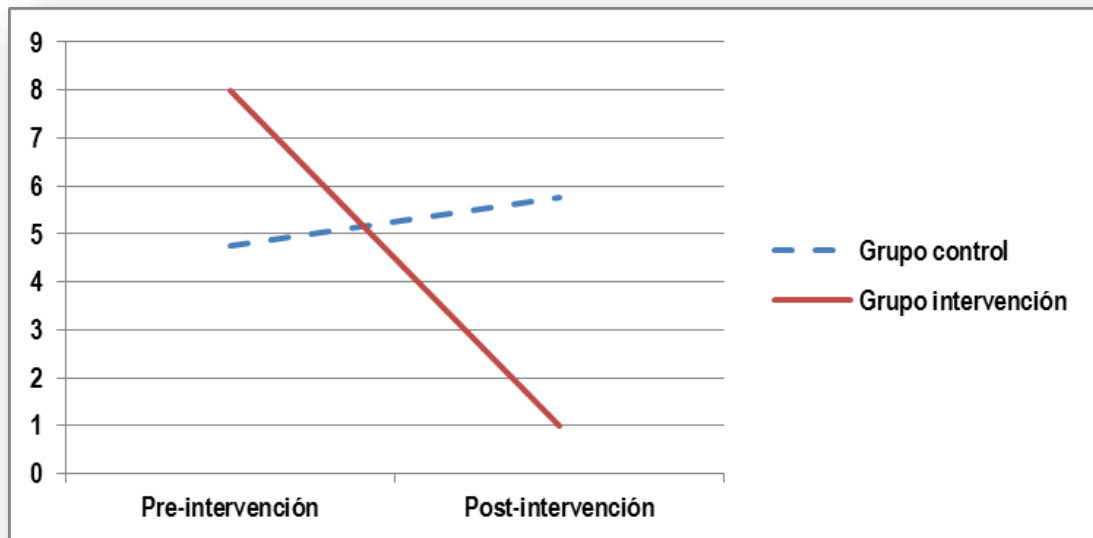
**Figura 6.6.** Perfil de las puntuaciones interferencia en la vida cotidiana relacionada con los pensamientos rumiativos sobre la pérdida



○ **Interferencia en la vida cotidiana relacionada con la falta de actividades y reforzadores**

El análisis de efectos simples indica que existen diferencias estadísticamente significativas en el grupo de intervención, y no así para el grupo control (ver Tabla 6.10). La puntuación media del grupo de intervención es menor en interferencia en la vida cotidiana relacionada con la ausencia del rol en la evaluación post que en la pre (ver Tabla 6.10). Además, se ha encontrado un efecto significativo de la interacción de los factores “tiempo” y “tipo de intervención” (ver Tabla 6.11), lo que sugiere que con el paso del tiempo las puntuaciones en esta variable para los distintos grupos se va haciendo progresivamente diferentes. En la Figura 6.7 puede observarse una representación gráfica de los resultados obtenidos para la variable de interferencia en la vida cotidiana relacionada con pérdida de actividades y reforzadores.

**Figura 6.7.** Perfil de las puntuaciones en interferencia en la vida cotidiana relacionada con la pérdida de actividades y reforzadores

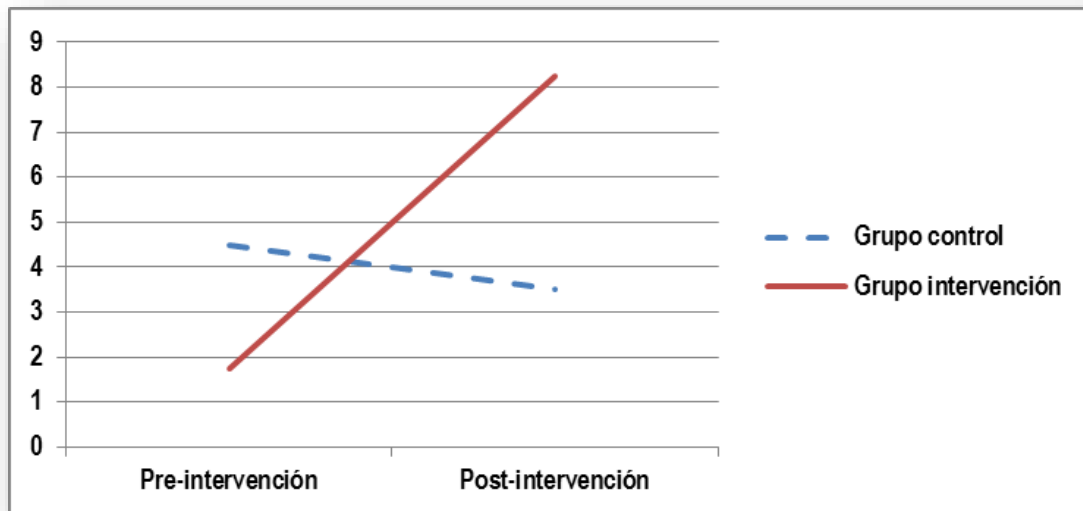


#### v. Aceptación de la pérdida

El análisis de efectos simples indica que existen diferencias estadísticamente significativas en el grupo de intervención, y no así para el grupo control. En el grupo de intervención la puntuación media es mayor en aceptación de la pérdida en la evaluación post que en la pre-intervención (Tabla 6.10).

Además, se encuentra también aquí el efecto significativo de la interacción de los factores “tiempo” y “tipo de intervención” (Tabla 6.11), sugiriendo que, con el paso del tiempo, las puntuaciones en aceptación de la pérdida de los dos grupos van haciéndose progresivamente diferentes. En la Figura 6.8 puede observarse una representación gráfica de los resultados obtenidos para la variable aceptación de la pérdida.



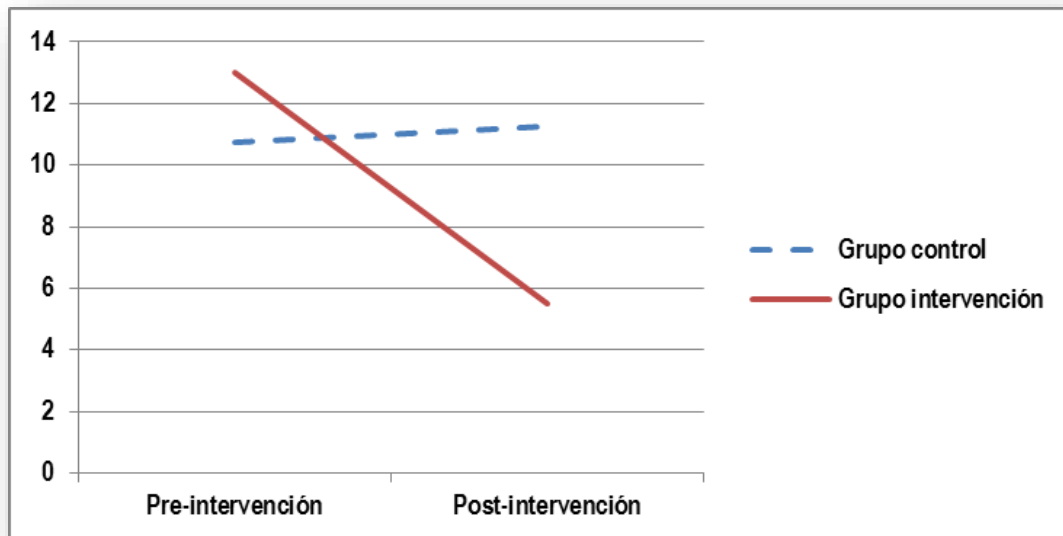
**Figura 6.8.** Perfil de las puntuaciones en aceptación de la pérdida

## b) Análisis del cambio en variables mediadoras

### i. Estilo rumiativo

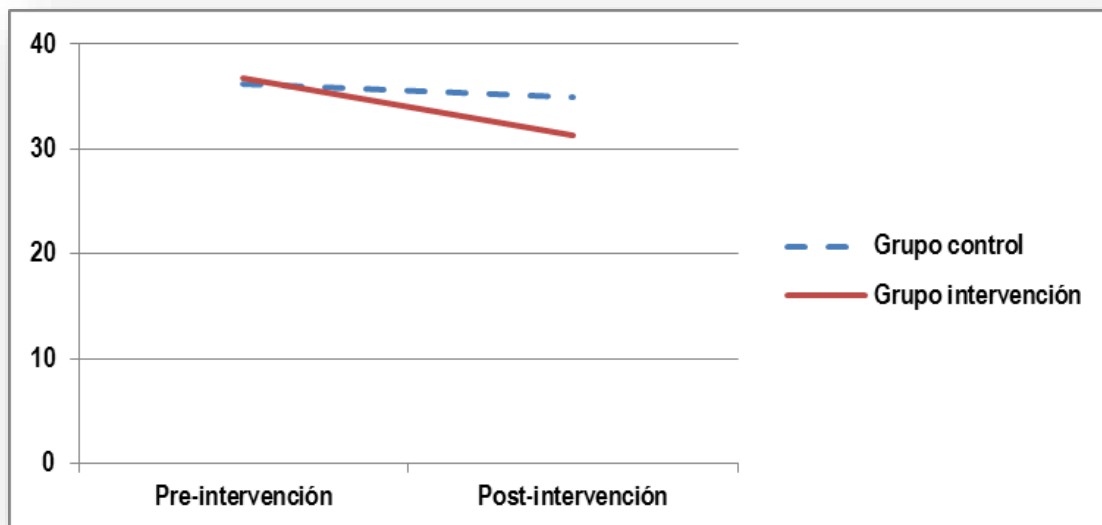
El análisis de efectos simples aporta resultados en los que observan diferencias estadísticamente significativas en el grupo de intervención, y no así para el grupo control (ver Tabla 6.10). La puntuación media del grupo de intervención es menor en estilo rumiativo en la evaluación post que en la pre (ver Tabla 6.10).

Por otro lado, también se ha encontrado un efecto significativo de la interacción de los factores “tiempo” y “tipo de intervención” (ver Tabla 6.11), lo que sugiere una diferencia progresiva en las puntuaciones de ambos grupos (control e intervención) con el paso del tiempo. En la Figura 6.9 puede observarse una representación gráfica de los resultados obtenidos para la variable de estilo rumiativo.

**Figura 6.9.** Perfil de las puntuaciones medias en estilo rumiativo

## ii. Evitación experiencial

En el análisis de efectos simples, analizado mediante prueba t para muestras relacionadas, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación pre y post, ni en el grupo control ni en el grupo de intervención (ver Tabla 6.10). Tampoco se ha encontrado un efecto significativo de la interacción de los factores “tiempo” y “tipo de intervención” (ver Tabla 6.11). De igual forma, tampoco ha resultado significativo de forma aislada el factor momento de la evaluación ( $F = 4.34$ ,  $p = .08$ ). En la Figura 6.10 puede observarse una representación gráfica de los resultados obtenidos para la variable de evitación experiencial.

**Figura 6.10.** Perfil de las puntuaciones medias en evitación experiencial

### 6.3.3.2. Análisis de la significación clínica de la intervención

Uno de los análisis realizados para evaluar la significación clínica de la intervención ha sido el cálculo del tamaño del efecto a través del análisis de la *d* de Cohen. Aunque hay que considerar las limitaciones de este análisis para una muestra sólo de cuatro personas (grupo de intervención), cabe indicar que los resultados obtenidos en este estadístico sugieren que, en todas las variables evaluadas, el programa de intervención ha tenido un tamaño del efecto elevado (ver Tabla 6.10). Resultados consistentes han sido encontrados con el estadístico Eta al cuadrado ( $\eta^2$ ), que ha mostrado altos tamaños del efecto de la intervención (ver Tabla 6.11).

Con el objetivo de valorar si existen diferencias en el número de personas que tras la intervención tienen una puntuación clínica significativamente menor a la previa a la intervención en las variables de sintomatología depresiva y bienestar psicológico, se ha realizado un análisis de significación clínica. En la ver Tabla 6.12 se muestran las puntuaciones pre y post de las variables de sintomatología depresiva y bienestar psicológico de cada participante del estudio, así como el índice de cambio fiable obtenido en cada caso.

**Tabla 6.12.** Puntuaciones e Índice de cambio fiable en sintomatología depresiva y bienestar psicológico

Grupo experimental	Participante	Sintomatología depresiva			Bienestar psicológico		
		Pre	Post	ICF	Pre	Post	ICF
Intervención	1	35,00	12,00	-5,54**	121,00	149,00	2.43*
	2	36,00	11,00	-6,02**	142,00	174,00	2.78*
	3	22,00	7,00	-3,61**	77,00	134,00	4.96*
	4	22,00	9,00	-3,13**	90,00	109,00	1.65
Control	5	27,00	37,00	3.46*	104,00	120,00	1.14
	6	23,00	28,00	1.73	139,00	123,00	-1.14
	7	40,00	46,00	2.07*	125,00	98,00	-1.93**
	8	16,00	30,00	4.84*	92,00	98,00	0.43

\*: se ha producido un cambio positivo clínicamente significativo en la puntuación (ICF >1.96)

\*\*.: se ha producido un cambio negativo clínicamente significativo en la puntuación (ICF <-1.96)

Tal y como puede apreciarse en la ver Tabla 6.12, todos los participantes del grupo de intervención han reducido de forma clínicamente significativa sus puntuaciones en sintomatología depresiva. En el grupo control, por el contrario, tres personas han aumentado de forma clínicamente significativa su puntuación en sintomatología depresiva. Además, puede observarse en esta misma tabla que todas las puntuaciones en la evaluación post-intervención del grupo experimental han reducido su puntuación en sintomatología depresiva a una puntuación inferior al punto de corte establecido como probable presencia de depresión clínica (CES-D  $\geq 16$ ). Por el contrario, en el grupo control, todas las personas mantienen puntuaciones superiores al punto de corte, tanto en las evaluaciones pre como post-intervención.

En relación con la variable de bienestar psicológico, puede observarse (ver Tabla 6.12) que cuatro de las cinco participantes del grupo de intervención, han aumentado de forma clínicamente significativa su puntuación. En las participantes del grupo control sólo una de ellas ha mostrado un cambio clínicamente significativo, siendo menor su puntuación en bienestar psicológico en el momento post-intervención que pre intervención.

### 6.3.3.3. Evaluación de la implementación de la intervención

En este apartado se analizan los resultados relativos a la evaluación de las tres dimensiones propuestas para la evaluación de la implementación de la intervención: transmisión de la información, recepción de la información y generalización de la información.

### a) Evaluación de la transmisión de la información y satisfacción con el programa

En la Tabla 6.13 se presentan los datos relativos a las respuestas de las cuatro participantes del programa en relación a la satisfacción con el programa. Las respuestas tienen un formato de respuesta cuantitativo siendo el rango de 0 a 10 puntos (0=mínima puntuación, 10 = máxima puntuación).

**Tabla 6.13.** Información sobre la opinión de las participantes del programa de intervención sobre el programa

Tipo información	Preguntas específicas	Media	d.t
<b>Satisfacción con los contenidos teóricos</b>	Los temas trabajados en este curso han sido interesantes	10.00	.00
	Los temas trabajados en este curso han sido útiles	9.25	.95
	Los temas trabajados en este curso han sido difíciles	6.00	1.41
<b>Satisfacción con los contenidos prácticos de las tareas para casa</b>	Las tareas para casa y ejercicios en clase facilitan la comprensión	8.75	1.25
	Las tareas para casa y ejercicios en clase han sido útiles	8.75	1.25
	Las tareas para casa y ejercicios en clase han sido difíciles	5.25	1.25
<b>Satisfacción con los terapeutas</b>	Los terapeutas han mostrado dominio del tema	9.75	.50
	Los terapeutas han creado buen clima en las sesiones	10.00	.00
	Los terapeutas han explicado los contenidos con claridad	9.75	.50

<b>Satisfacción con los materiales prácticos</b>	Los materiales utilizados a lo largo del curso facilitan la comprensión	9.00	.81
	Los materiales utilizados a lo largo del curso han sido adecuados	9.25	.95
	Los materiales utilizados a lo largo del curso le han resultado difíciles	6.25	1.70
<b>Satisfacción global con el curso</b>	El curso ha respondido a sus expectativas	9.25	.95
	En términos generales, ¿está usted satisfecho con lo que ha aprendido?	9.75	.50

En relación a la satisfacción global del curso también se preguntó a las participantes la siguiente pregunta: “¿Hay algún tema del que no se haya hablado y que le hubiera gustado haber trabajado en clase?”, cuya opción de respuesta fue dicotómica (si-no). Todas las participantes respondieron “no”.

Por otro lado, en la Tabla 6.14 se muestran las opiniones de las participantes en relación a otras preguntas relativas a la valoración del curso.

**Tabla 6.14.** Valoración de las participantes en el curso

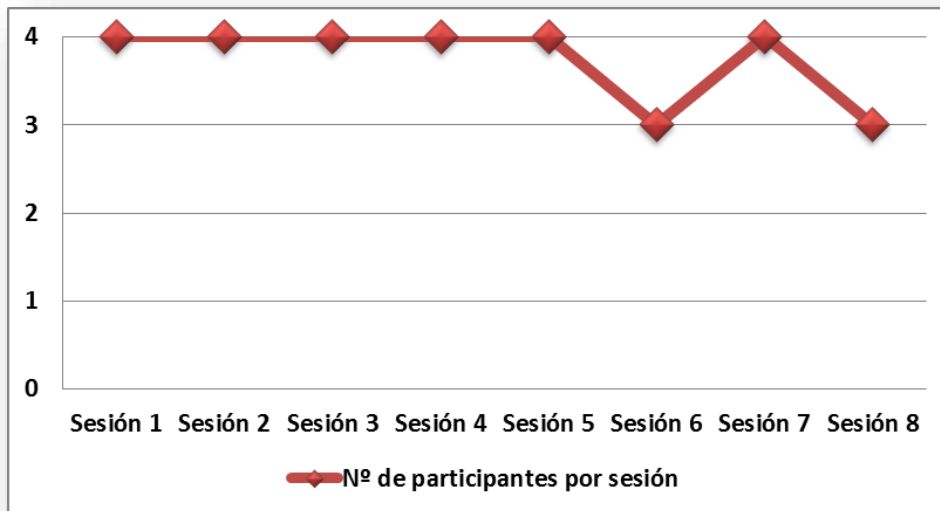
		Frecuencia	Porcentaje
<b>Duración del curso</b>	Escaso	2	50%
	Adecuado	2	50%
	Excesivo	-	-
<b>Duración de las sesiones</b>	Escaso	-	100%
	Adecuado	4	-
	Excesivo	-	-
<b>Organización del curso</b>	Mala	-	-
	Adecuada	1	25%
	Buena	3	75 %

Asimismo, todas las participantes indicaron que recomendarían este curso a otras personas que se encontrasen en una situación similar a la de ellas. Se preguntó si querían proponer alguna sugerencia para la mejora del curso y ninguna de ellas aportó sugerencias.

## b) Evaluación de la recepción de la información

La Figura 6.11 muestra el número de asistentes a cada una de las sesiones del programa. La participante que no asistió a la última sesión fue hospitalizada el día de esa sesión tras haberle sido detectado un proceso tumoral.

**Figura 6.11.** Asistencia a las sesiones del programa



Por lo que respecta a los cambios en los conocimientos adquiridos a lo largo del programa de intervención, en la Tabla 6.15 se presentan las puntuaciones medias obtenidas en la evaluación pre y post-intervención en conocimientos adquiridos en relación a los contenidos del programa. Tal y como puede observarse en la Tabla 6.15, se observan diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de conocimiento sobre los contenidos del programa antes y después de asistir al programa, siendo mayores los conocimientos en la evaluación post.

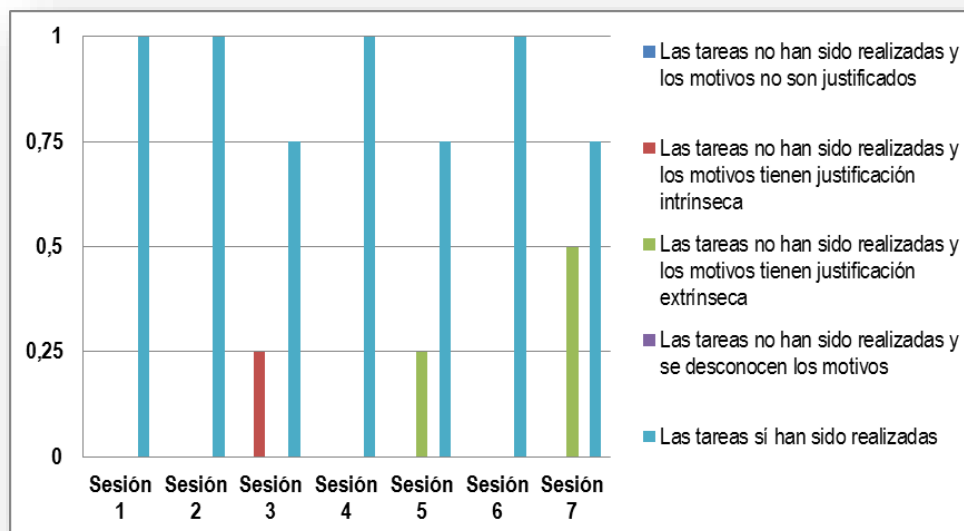
**Tabla 6.15.** Diferencia de medias pre-post en conocimientos

	Media	d.t	t	p
Conocimientos Pre intervención	59.00	18.88	-23.05	.00
Conocimientos Post intervención	122.50	15.06		

### c) Evaluación de la generalización de la información

Para analizar la implementación referida a la generalización de la información se ha procedido, en primer lugar, a registrar la realización o no de las tareas para casa y, de no haber sido éstas realizadas, se presentan los motivos por los que no se han realizado. En la Figura 6.12 se muestran los datos relativos a esta cuestión. Sólo en una sesión (la sesión 3), una participante no entregó las tareas por motivos intrínsecos (no comprendió bien la tarea). En otras dos sesiones las tareas no fueron realizadas por motivos extrínsecos: en un caso, la participante tuvo que viajar a atender a dos familiares que habían sufrido un accidente; en el segundo caso, la participante no entregó las tareas por no asistir a la sesión (la sesión 8) debido a que días antes tuvo que ser hospitalizada para realizar una operación quirúrgica (proceso tumoral). En el resto de las sesiones todas las participantes han entregado las tareas realizadas.

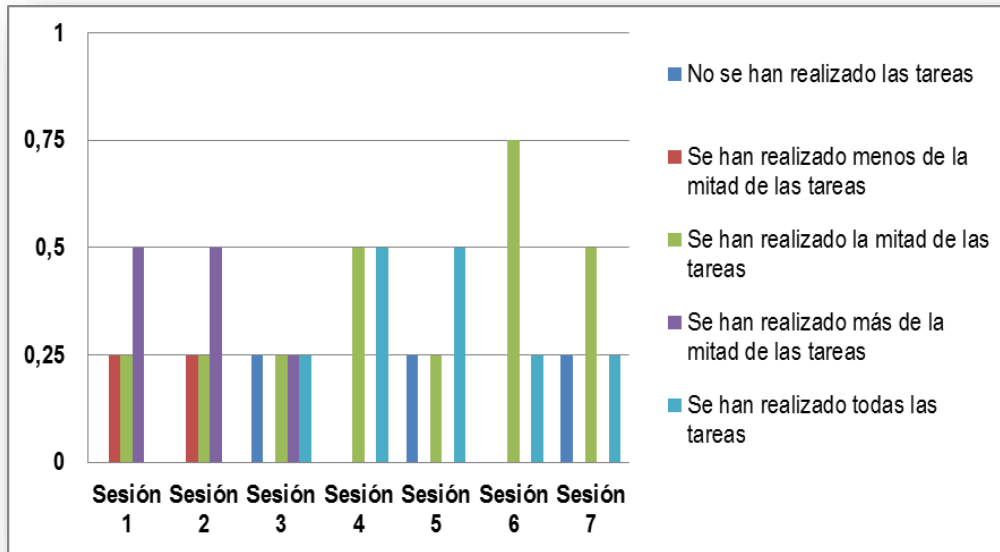
**Figura 6.12.** Generalización de la información. Motivos de no haber realizado las "tareas para casa" (puntuaciones medias)



Por otro lado, en la Figura 6.13 puede observarse la información relativa a la cantidad de tareas entregadas. Puede observarse que, en términos generales, a partir de la sesión 2 la mitad o más de las tareas han sido entregadas, salvo en los casos específicos ya señalados previamente, que no habían sido realizadas.

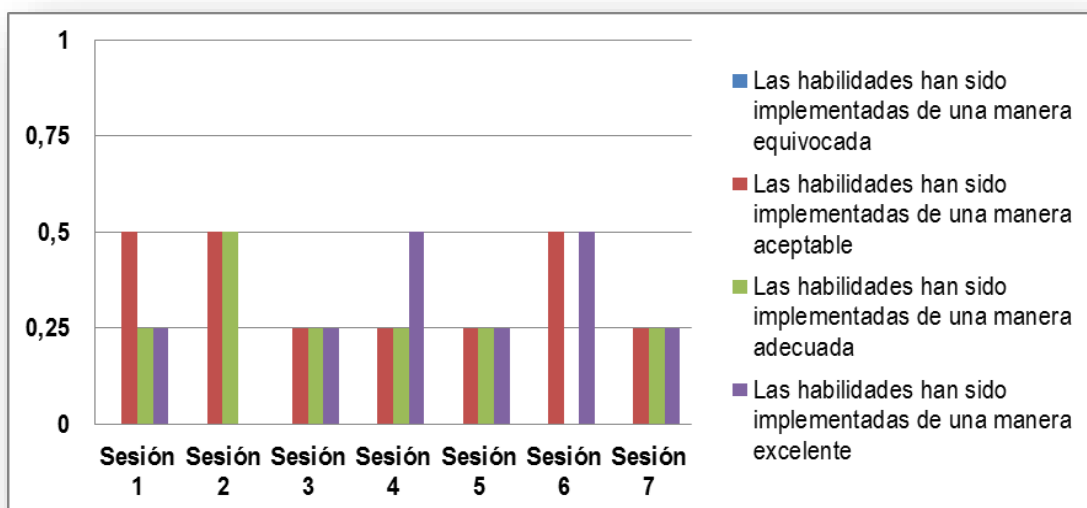


**Figura 6.13.** Generalización de la información. Cantidad de "tareas para casa" (puntuaciones medias)



Por último, en lo referente a la calidad de las tareas cabe destacar, como puede verse en la Figura 6.14, que en ningún caso las habilidades trabajadas en el programa han sido implementadas de forma equivocada. Además se observa una tendencia a mejorar la calidad de las tareas a lo largo de las sesiones.

**Figura 6.14.** Generalización de la información. Calidad de las "tareas para casa" realizadas (puntuaciones medias)



## 6.4. DISCUSIÓN

---

El objetivo del presente estudio ha sido diseñar, aplicar y evaluar la eficacia de un programa piloto de tratamiento psicológico grupal basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) con personas mayores de 60 años con alta sintomatología depresiva y un malestar emocional significativo asociado a una pérdida afectiva sufrida hace un año o más tiempo (duelo complicado).

En este apartado se pretende ofrecer una revisión global de los resultados obtenidos relativos a este estudio, integrando tales resultados con los reflejados en estudios previos realizados en el marco de estudio de las intervenciones psicológicas dirigidas a afrontar y aceptar las pérdidas afectivas durante el envejecimiento. Se analizarán las implicaciones prácticas que se derivan del presente estudio, sus limitaciones y futuras líneas de investigación clínica aplicada en el marco de estudio de la Terapia de Aceptación y Compromiso como herramienta de intervención con personas mayores inmersas en un proceso de duelo prolongado.

### 6.4.1. Discusión de los resultados relativos a la eficacia de la intervención

En este apartado se realizará una revisión de los resultados obtenidos en relación a las hipótesis planteadas para este estudio. En la Tabla 6.16 se describen las hipótesis generales y específicas propuestas, a través de las cuales se pretende analizar la consecución de los objetivos propuestos para el grupo de intervención, organizadas en función del tipo de variables a las que hacen referencia (mediadoras y de resultado). En esta tabla se ofrece también información relativa al apoyo empírico encontrado (o no) para cada una de estas hipótesis.

**Tabla 6.16.** Cumplimiento de hipótesis del estudio en el grupo de intervención

Tipo de variables	Hipótesis general	Hipótesis específica	¿Los datos apoyan la hipótesis?		
			Efectos simples (p)		Efectos de interacción
			Z*	t**	ANOVA***
Variables mediadoras	H. 1. Mediante la intervención ACT se producirá un aumento en la aceptación de emociones, pensamientos y sensaciones desagradables generales y los relacionados con la pérdida	H.1.1. Sólo el grupo de intervención presentará una reducción de pensamientos rumiativos asociados a la pérdida tras la intervención	Sí	Sí	-
		H.1.2. Sólo el grupo de intervención presentará un aumento del crecimiento personal tras la experiencia de la pérdida tras la intervención	Sí	Sí	-
		H.1.3. Sólo el grupo de intervención presentará una reducción de niveles de estilo rumiativo tras la intervención	Sí	Sí	Sí
		H.1.4. Sólo el grupo de intervención presentará una reducción de niveles de evitación experiencial tras la intervención	No	No	No
Variables de resultado	H.2. Mediante la intervención ACT se producirá un incremento de la aceptación de la pérdida	H.2.1. Sólo el grupo de intervención presentará una reducción del nivel de malestar asociado al recuerdo del familiar fallecido	Sí	Sí	Sí
		H.2.2.a. Sólo el grupo de intervención presentará una reducción de la interferencia con la vida por falta de motivación	Sí	Sí	Sí
		H.2.2.b. Sólo el grupo de intervención presentará una reducción de la interferencia con la vida por pensamientos rumiativos	Sí	Sí	Sí
		H.2.2.c. Sólo el grupo de intervención presentará una reducción de la interferencia con la vida por pérdida de reforzadores	Sí	Sí	Sí
		H.2.3. Sólo el grupo de intervención presentará un aumento en la aceptación de la pérdida	Sí	Sí	Sí
		H.3.1. Sólo el grupo de intervención presentará un aumento del bienestar psicológico	Sí	Sí	Sí
	H.3. Mediante la intervención ACT se producirá un aumento del bienestar psicológico de las participantes	H.3.2. Sólo el grupo de intervención presentará una reducción de los niveles de depresión	Sí	Sí	Sí

\*: Efectos simples calculado a través de pruebas no paramétricas (Z de Wilcoxon para muestras relacionadas);

\*\* Efectos simples calculados a través de pruebas paramétricas (t de Student para muestras relacionadas); \*\*\* Efecto de interacción (ANOVA de dos factores: tiempo y condición).

Antes de discutir los resultados de la intervención, es importante subrayar la ausencia de diferencias significativas entre el grupo experimental y el control en la evaluación previa a la intervención en relación con sus características sociodemográficas, las variables mediadoras y las variables de resultado.

De forma general, los resultados obtenidos en este estudio avalan la mayor parte de las hipótesis planteadas en relación a la eficacia del programa de intervención, ya que se han encontrado los cambios significativos en las variables clave sólo en las participantes del grupo de intervención. A continuación, se discuten los resultados específicos encontrados.

### **a) Análisis de los resultados relativos a las variables de resultado**

En relación con las variables de resultado se habían propuesto dos hipótesis generales: 1) la hipótesis de que la intervención ACT tendría un efecto significativo para aumentar la aceptación de la pérdida (hipótesis 2); y 2) la hipótesis de que el programa de intervención propuesto sería eficaz para aumentar el bienestar psicológico de los participantes (hipótesis 3). A continuación, se discuten los principales hallazgos encontrados.

La hipótesis 2 del estudio, relativa a la aceptación de la pérdida, ha sido analizada a través de cinco variables resultado diseñadas específicamente para este estudio. De acuerdo con las hipótesis planteadas, los datos obtenidos en los análisis de pruebas paramétricas y no paramétricas sugieren que el programa ACT es eficaz para reducir los niveles de malestar asociado a la pérdida de un ser querido, resultados consistentes con los encontrados por algunos autores, tales como Dulin y Passmore (2010), y más concretamente, también se han reducido los niveles de la interferencia que tal malestar provoca en las personas, bien a través de la desmotivación generalizada, de pensamientos rumiativos, o a través de la pérdida de reforzadores. En la línea de lo planteado con otros autores (Butler y Ciarrochi, 2007), los resultados sugieren que el programa de ACT ha sido eficaz para aumentar la aceptación de la pérdida de su familiar.

Por lo que respecta a la hipótesis 3, los resultados obtenidos en los análisis de efectos simples (tanto en análisis paramétricos como no paramétricos) y en el análisis del efecto de interacción entre el tipo de intervención y la fase de evaluación (ANOVA dos factores) sugieren que la intervención ACT es eficaz para aumentar los niveles de bienestar psicológico y reducir la sintomatología depresiva. Esto es especialmente relevante, dado

que la sintomatología depresiva es uno de los problemas emocionales más significativos ante la pérdida de un ser querido (Cole y Denkuri, 2003) tal y como se ha ido planteado a lo largo de todo este trabajo. De este modo, los resultados de este estudio sugieren que ACT ha sido eficaz en la reducción de los síntomas depresivos, en la misma línea que estudios previos que ya habían constatado la eficacia de esta terapia en población adulta con depresión (Bohlmeijer et al., 2011; Fledderus et al., 2011; Fohlmeijer, et al., 2011; Forman et al., 2007; Zettle y Hayes, 1986; Zettle et al., 2011).

Además, los resultados obtenidos indican que ACT se ha mostrado eficaz en el fomento de los niveles de bienestar psicológico. Estos resultados son especialmente relevantes, dado que esta variable ha sido menos analizada hasta la fecha por parte de los estudios de intervención realizados desde la Terapia de Aceptación y Compromiso. Una excepción en este sentido es el estudio de Fledderus et al. (2011), en el que se encontró que personas con niveles con sintomatología depresiva de leve a moderada incrementaron de forma significativa sus puntuaciones en salud mental positiva tras participar en una intervención ACT. Teniendo en cuenta estos datos, y tal y como ya se ha propuesto anteriormente, cabe suponer que ACT, con sus objetivos de clarificar los valores personales y fomentar un ajuste de metas y compromiso con ellas, podría resultar de gran utilidad para incrementar las áreas de bienestar psicológico propuestas por Ryff (1989). De hecho, en el programa propuesto, uno de los contenidos de la primera sesión fue presentar las áreas de bienestar psicológico, con el objetivo de que las participantes explorasen nuevas áreas de valor desde una perspectiva eudaimónica. De esta forma, al motivar a las personas a implicarse más activamente en las áreas de valor más importantes para ellas y proponerse metas y objetivos de acción, de forma ajustada, para alcanzarlos, se puede potenciar no solo el ajuste flexible de las metas, sugerido a lo largo de todo este trabajo, sino también, áreas específicas de valor, tales como el propósito en la vida y el crecimiento personal, que son, como ya se ha señalado, áreas específicas del bienestar eudaimónico, y que además, mayor declive sufren con el paso de los años en las personas.

## **b) Análisis de los resultados relativos a las variables mediadoras**

Tal y como puede apreciarse en la Tabla 6.16, los resultados obtenidos para los análisis de efectos simples (tanto con pruebas paramétricas como no paramétricas), así como los análisis de interacción entre dos factores (fase de evaluación y condición experimental), parecen confirmar las hipótesis planteadas para todas las variables

mediadoras propuestas, a excepción de la evitación experiencial. Estas diferencias significativas encontradas en el sentido esperado sólo se han observado en el grupo de intervención, y no en el grupo control. De este modo, se ha encontrado que los niveles de estilo rumiativo y pensamiento rumiativo sobre la pérdida y malestar asociado se han reducido considerablemente tras la intervención, tal y como habían señalado algunos otros estudios (Boelen et al., 2003, Stroebe et al., 2007) y a través de ello podría llevarse a cabo, en parte, una adecuada adaptación a la pérdida, tal y como había sugerido Nolen-Hoeksema (2001). De forma adicional, esta adaptación también parece que podría haberse llevado a cabo, a partir de los resultados obtenidos en crecimiento personal asociado a la pérdida, donde las participantes han señalado un importante incremento en dicha capacidad, lo cual, tal y como habían planteado algunos autores (Nolen-Hoeksema y Davis, 2005; Páez et al., 2011) podría ser un elemento clave en la adaptación a dicha pérdida.

Los resultados obtenidos en este estudio relativos a la rumiación y al pensamiento rumiativo son consistentes con los propuestos en otros trabajos. En este sentido, ambas estrategias de regulación emocional asociadas a las pérdidas han sido consideradas como estrategias desadaptativas y, por tanto, como elementos fundamentales en la explicación del malestar asociado al proceso de duelo complicado (Stroebe et al., 2010). Se ha considerado que tal estrategia es disfuncional, puesto que obstaculiza la adaptación a la pérdida afectiva (Nolen-Hoeksema, 2001). Los resultados obtenidos en este estudio apuntan en la dirección de otros trabajos analizados, según los cuales a través de las técnicas utilizadas en el marco de la Terapia de Aceptación y Compromiso, tales como la aceptación de emociones, es posible reducir los niveles de rumiación (Stroebe et al., 2007). En la intervención ACT realizada, uno de los objetivos ha sido que las participantes se expongan y acepten de manera incondicional los eventos internos –pensamientos, recuerdos y emociones- negativos y desagradables relacionados con la pérdida, como medio para conseguir una adaptación adecuada al fallecimiento de su familiar. Para lograr este objetivo, se han empleado técnicas basadas en la aceptación y la atención plena, cuya utilidad para reducir los niveles de rumiación implicados en los procesos de duelo complicado ha sido avalada por estudios previos (van der Howen et al., 2010; Jain et al., 2007).

Por otro lado, en cuanto a la evitación experiencial, variable clave de intervención desde el marco de ACT, los resultados sugieren que no se produce un cambio significativo tras la intervención. Si bien este dato ha sido inesperado, ya que uno de los objetivos del estudio era la reducción de la evitación experiencial, otros trabajos han encontrado este mismo resultado. Concretamente, Gillanders (no publicado) planteó que la evitación experiencial medida a través de la AAQ no muestra sensibilidad al cambio tras la

intervención recibida. En este sentido, la brevedad de la intervención realizada podría explicar la ausencia de cambio significativo tras la misma. Es posible que el efecto terapéutico de ACT sobre la evitación experiencial sea más tardío y sólo pueda producirse mediante la aplicación de programas de intervención más extensos (con mayor número de sesiones). Otra explicación alternativa es que la medida empleada, el AAQ, no sea suficientemente adecuada para medir la evitación experiencial, dado que, tal y como se sugirió en el capítulo 5, este constructo hace referencia a un concepto amplio de regulación emocional, por lo que este instrumento, podría no recoger adecuadamente algún tipo específico de evitación experiencial. En esta misma línea, esta medida ha sido ampliamente criticada (Bond et al., 2011) presentando una serie de limitaciones en torno a su estructura factorial, fiabilidad y sensibilidad al cambio, que ha conducido a que se haya publicado una nueva medida de evitación experiencial por el propio autor y colaboradores (Bond et al., 2011). Por tanto, sería interesante que futuros estudios de intervención evaluaran la evitación experiencial a través de la nueva medida propuesta.

Por último, se han encontrado efectos positivos de la intervención en la variable de crecimiento personal asociado a sucesos vitales positivos. Tal y como se había propuesto en el capítulo 5, se contrasta de forma empírica en este estudio, a través del aumento en las puntuaciones en crecimiento personal, que las personas mayores son capaces de experimentar crecimiento personal a partir de las pérdidas de sus seres queridos, encontrar un sentido y significado y poder realizar una reconstrucción de su propia vida, lo cual también había sido propuesto por diversos autores (Boerner et al., 2005; Bonanno et al., 2011; Nolen-Hoeksema y Davis, 2005). Además, los resultados avalan la idea que se ha defendido a lo largo de este trabajo relativa a que es posible ayudar a las personas en duelo complicado a llevar a cabo el proceso completo de aceptación de la pérdida mediante la potenciación de estrategias adaptativas de regulación emocional, tales como el crecimiento personal (Bonanno et al., 2011; Davis et al., 1998; Nolen-Hoeksema y Davis, 2005; Páez et al., 2011), así como mediante la reducción de otras variables de regulación desadaptativa, como la rumiación (Boelen et al., 2003; Nolen-Hoeksema, 2001; Stroebe et al., 2007) y la evitación experiencial (Dulin y Passmore, 2010). El hecho de haber encontrado que resulta posible favorecer el crecimiento personal relacionado con las pérdidas afectivas en la población mayor sugiere la conveniencia de desarrollar programas de intervención dirigidos a este objetivo, para promover la adaptación a las pérdidas en la población mayor. Además de resultar útiles en los casos de duelo complicado, como se ha mostrado en el presente estudio, también puede pensarse en la utilidad potencial de aplicar intervenciones potenciadoras del crecimiento personal ante la pérdida durante el proceso de duelo normal, de cara a prevenir (prevención primaria) la aparición de complicaciones en el proceso de

duelo. Cabe aquí recordar el estudio llevado a cabo por Davis y McKearney (2003) que encontraron que las personas en duelo que habían sido preparadas para adaptarse a su pérdida habían sido capaces de encontrar un mayor significado de su vida que los que no habían sido preparados (Davis y McKearney, 2003).

Otra consideración importante que se desprende de los resultados es que, dado que las personas mayores de este estudio han incrementado su nivel de crecimiento personal ante las pérdidas, cabe pensar que programas similares podrían resultar de utilidad para potenciar las diferentes áreas de bienestar eudaimónico, tales como el crecimiento personal general o el propósito en la vida, aspectos que, lamentablemente, parecen verse limitados en las últimas etapas de la vida, tal y como han señalado algunos autores (Ryff, 1989; Villar et al., 2003). En relación con esta idea, resultan evidentes los potenciales beneficios de programas dirigidos a ayudar a las personas mayores a clarificar sus valores personales, operativizarlos en metas y objetivos y desarrollar un estilo de vida que incluya acciones y actividades coherentes con tales valores, es decir, realizar ajustes flexibles en las metas, para llevar a cabo, tal y como se ha propuesto a lo largo de la perspectiva del ciclo vital (Baltes y Baltes, 1990; Brandstädter y Rothermund, 2002; Heckhausen y Schulz, 1995), adecuadas y enriquecedoras adaptaciones a los cambios vitales que se producen en las últimas etapas de la vida. Una de las áreas de valor que podrían potenciarse en este sentido es la relativa a la generatividad, que, como algunos autores han señalado, presenta una gran importancia para las personas mayores (Villar et al., 2012). Por ejemplo, el proyecto denominado Experience Corps, diseñado por Fried et al. (2004), han señalado los beneficios encontrados en programas de voluntariado de personas mayores que colaboran en escuelas infantiles, señalando que no solo se fomentan mejores niveles de generatividad, sino de salud física de tal grupo de población (Fried et al., 2013, Fried et al., 2004).

En resumen, los resultados de este estudio sugieren que el programa de intervención basado en ACT ha permitido alcanzar el objetivo principal de dicho estudio: incrementar la capacidad de los participantes para aceptar emociones, pensamientos y sensaciones relacionados con la pérdida. Estos resultados son consistentes con la hipótesis de que la Terapia de Aceptación y Compromiso es una herramienta útil para el fomento de la aceptación de situaciones inmodificables, tales como la pérdida de un ser queridos (Butler y Ciarrochi, 2007).

### **c) Significación clínica**



Algunos autores como Jordan y Neymeyer (2003) o Shut et al. (1993) han señalado que una de las mayores debilidades de los estudios de intervención en duelo son los escasos tamaños del efecto encontrados en los estudios existentes. Sin embargo, los resultados obtenidos en relación al análisis del tamaño del efecto y de la significación clínica en el presente estudio, sugieren que la intervención realizada desde la terapia de Aceptación y Compromiso se muestra como una herramienta eficaz para producir un cambio clínico significativo en las personas con sintomatología depresiva, así como para aumentar de forma clínicamente significativa sus niveles de bienestar psicológico, de acuerdo con los criterios propuestos por Jacobson et al (1999). Igualmente, los datos obtenidos en cuanto al tamaño del efecto, tanto con la  $d$  de Cohen como el tamaño del efecto ( $np^2$ ) propuesto por Stevens (2002) para valorar la eficacia de la intervención en términos de grupo experimental y fase de evaluación, indican altos tamaños del efecto. Sin embargo, y pese a que estos resultados avalan la eficacia de la intervención propuesta, es necesario tomarlos con cautela, dado el escaso número de participantes en el programa de intervención y en el grupo control, y la escasa fiabilidad que pueden presentar tales análisis para muestras pequeñas como la del presente estudio.

### **6.4.2. Implementación de la intervención**

Los análisis de implementación de la intervención realizados sugieren, en términos generales, que los contenidos tratados en las intervenciones han sido comprendidos por las participantes (transmisión de la intervención) y que, además, han aprendido adecuadamente las técnicas y herramientas desarrolladas en la intervención (recepción de la información). Por el contrario, debido al escaso número y calidad de las tareas realizadas para casa –como más tarde se explicará– no puede confirmarse que se hayan generalizado a la vida cotidiana de la forma más correcta las técnicas y habilidades entrenadas en la intervención (generalización de la intervención). A continuación se describen con mayor detalle los resultados obtenidos.

#### **Evaluación de la transmisión de la información**

En relación a la transmisión de la información y satisfacción con el programa, todas las participantes han valorado como muy interesantes y útiles los temas trabajados en el programa. Sin embargo, la media de dificultad de los temas trabajados ha sido de 6 (sobre 10). Resultados similares se han encontrado tanto en relación a las tareas para casa, como en los materiales prácticos utilizados, donde las participantes han considerado que las

tareas y materiales han sido comprensibles, adecuados y útiles, y de forma similar que para los contenidos de las sesiones, las participantes han propuesto que la dificultad de las tareas para casa y la de los materiales entregados era media-alta. Una posible explicación es que se hubiese producido una débil o escasa explicación por parte del terapeuta sobre los contenidos. Sin embargo, la satisfacción con el terapeuta, y más concretamente en relación a la explicación de los contenidos, ha sido alta, por lo que, esta posible razón no se justificaría al completo por una inadecuada explicación por parte del terapeuta. Sin embargo, otra de las explicaciones más razonables es la referida a la alfabetización (término denominado “literacy” o variable de alfabetización). Tal y como han señalado Abellán y Ayala (2012), las personas mayores en España tienen aún bajos niveles de alfabetización, lo cual puede dificultar en gran medida la comprensión del material escrito que se entrega para casa. Concretamente, la media de años de educación del grupo de intervención ha sido de 12.75 años. Por otro lado, la Terapia de Aceptación y Compromiso, basada en su mayor parte en metáforas y ejercicios simbólicos, requiere de una capacidad de abstracción de conocimiento y de búsqueda de analogías alta para poder encontrar el significado abstracto y no literal de tales ejercicios, lo cual incrementa la dificultad. No obstante, tomados estos resultados en conjunto se puede concretar que ha habido una satisfacción general alta con los contenidos transmitidos y no han resultado demasiado fáciles ni difíciles. Por otro lado, cabe suponer, que la dificultad de las tareas tratadas, ha exigido una mayor implicación y esfuerzo por parte de las participantes, y además, puede sugerir que los temas tratados eran temas novedosos que las participantes no hubiesen tratado con anterioridad.

Por último, la mitad de las personas han considerado que la duración del curso ha sido adecuada, sin embargo, la otra mitad ha considerado que la duración ha sido escasa. En cuanto a la duración de cada sesión, todas las participantes han considerado adecuado el tiempo para cada sesión. Y por último, la organización del curso ha sido para tres de ellas buena y para una participante adecuada. Todas las participantes indicaron que recomendarían a otras personas el curso. En este caso, podríamos suponer que el formato de grupo propuesto es adecuado, y en todo caso podría aumentarse en una o dos sesiones más, con la misma periodicidad y duración.

Concluyendo, con estos resultados, se puede sugerir que la satisfacción con el programa ha sido alta y que la transmisión de la información ha sido adecuada.

#### Evaluación de la recepción de la información:

Los resultados obtenidos permiten sugerir que se han cumplido los objetivos en relación a la recepción de información. Por un lado, salvo en dos sesiones (y por motivos

justificados), todas las participantes asistieron al programa. Y por otro, las diferencias estadísticamente significativas encontradas en el cuestionario de conocimientos, en función de su evaluación pre y post intervención, sugieren que las participantes han adquirido nuevos conocimientos específicos para llevar a cabo de forma adecuada y adaptativa el proceso de aceptación emocional y de la pérdida.

### Evaluación de la generalización de la información:

En este caso, los resultados aportados no permiten sugerir que todas las participantes hayan generalizado en su vida cotidiana de forma adecuada las habilidades y estrategias aprendidas en el programa. Si bien las participantes en su mayoría han realizado muchas tareas en todas las sesiones (salvo tres excepciones por motivos justificados, ya descritos en el apartado de resultados) y, además, se ha observado un aumento en la cantidad de tareas que entregaban las participantes con el paso de las sesiones, la calidad de las tareas, en promedio, es sólo aceptable o adecuada. Sólo una de las participantes, desde la sesión 2, realizó las tareas de forma excelente.

Una de las propuestas teóricas para justificar la falta de realización de todas las tareas y/o su calidad la han señalado Detweiler y Whisman, (1999), quienes proponen los siguientes factores para su explicación: factores relacionados de la tarea, factores relacionados con el terapeuta y factores asociados con la persona que recibe la intervención. En este sentido cabe destacar, como ya se propuso al describir las razones de entender la dificultad de los contenidos y las tareas, la propuesta de la baja alfabetización como motivo para la menor realización y menor calidad en las tareas realizadas.

Los resultados obtenidos en la evaluación de la implementación son similares a los obtenidos en otro estudio de intervención basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso con población mayor (Alonso et al., 2012). Sin embargo, algunos estudios han propuesto que la realización de las tareas para casa contribuye a la mejora de los resultados obtenidos en las intervenciones (Coon y Gallagher-Thomsom, 2003). Por tanto, es adecuado sugerir que para futuros estudios se facilite la realización de las tareas para casa, bien a través de un menor número de tareas, o bien a través de ayudas adicionales para su ejecución (por ej., que puedan realizarse en compañía de un familiar que le facilite la lectura y comprensión).

Para finalizar, y pese a las limitaciones señaladas, se puede considerar que los resultados obtenidos sugieren que los contenidos y habilidades desarrolladas en el programa de intervención han sido adecuadamente comprendidos por las participantes y

que han sido bien practicados, fundamentalmente durante las sesiones, pero también, aunque en menor medida, en su vida cotidiana.

### **6.4.3. Integración de resultados**

Tras los resultados obtenidos, se procede a destacar las principales conclusiones de este estudio, considerando sus resultados en relación con las dos grandes líneas argumentales defendidas a lo largo de este trabajo: 1) la importancia del ajuste flexible de metas como estrategia de adaptación a los sucesos vitales y las nuevas situaciones cambiantes e inmodificables a las que se exponen las personas mayores durante su proceso de envejecimiento, como son las pérdidas afectivas y 2) las estrategias de regulación emocional desadaptativas como elementos fundamentales en la explicación del malestar derivado de eventos vitales negativos como las pérdidas afectivas.

Por lo que respecta a la primera idea, y retomando con los modelos teóricos de envejecimiento, cabe subrayar que, dada la importancia que presenta para la adaptación de las personas su capacidad para realizar adecuados balances entre las pérdidas y las ganancias que van experimentando a lo largo del ciclo vital (Baltes y Baltes, 1990), resulta fundamental que los investigadores y profesionales de la psicogerontología tomemos conciencia de las posibilidades que presenta la intervención psicológica dirigida a, por un lado, potenciar esta capacidad de las personas para adaptarse adecuadamente a las pérdidas, y por otro, fomentar las ganancias y fortalezas (por ej., crecimiento personal, sabiduría, vínculos afectivos significativos, etc.) que tanto pueden ayudar a las personas en su proceso de adaptación al envejecimiento. En este sentido, en la adaptación a las pérdidas asociadas al envejecimiento resultan imprescindibles las estrategias de control secundario propuesto por Heckhausen y Schulz (1995), mecanismos psicológicos de acomodación (Brandstädter y Rothermund, 2002) que permiten que las personas lleven a cabo una adecuada autorregulación y sean capaces de continuar manteniendo activas y persiguiendo sus metas y objetivos relacionados con sus valores personales. En este sentido, la capacidad de crecimiento ante los sucesos vitales acaecidos en el pasado, bien podrían potenciarse como una estrategia de adaptación compensatoria (Baltes y Baltes, 1990), o una estrategia de acomodación (Brandstädter y Rothermund, 2002) o como una estrategia de control secundario (Heckhausen y Schulz, 1995), que permitirían a la persona mayor adaptarse a los inevitables cambios producidos en sus últimas etapas vitales, de forma enriquecedora. Aunque, afortunadamente, muchas personas mayores son capaces por sí mismas de realizar

esta adaptación a los cambios y pérdidas a través de un ajuste flexible de metas, muchas otras encuentran este proceso bastante difícil y se ven bloqueadas en el mismo, lo cual favorece una desconexión de estas personas con sus fuentes de refuerzo y significado y, en definitiva, un incremento de las probabilidades de desarrollar episodios depresivos y otras formas de malestar emocional. En relación con esto, en este trabajo se ha encontrado evidencia de que la intervención psicológica y, de forma específica, la Terapia de Aceptación y Compromiso, representa una herramienta útil para ayudar a las personas a realizar tal ajuste de metas. Concretamente, ACT se propone como una estrategia terapéutica útil para potenciar dos de los procesos centrales en el fomento del envejecimiento saludable: a) la aceptación de experiencias internas (emociones y pensamientos) desagradables o incómodas, derivadas de las pérdidas y cambios inevitables sufridos en esta etapa vital; y b) el compromiso con las metas y objetivos asociados a sus fuentes de valor y significado y, en relación con éste, el ajuste flexible de metas y valores tras los cambios producidos en el proceso de envejecer.

Por su parte, el segundo de los dos argumentos fundamentales de este trabajo tiene que ver con el efecto perjudicial que las estrategias de regulación emocional desadaptativas tienen en el proceso de aceptación de los sucesos vitales, y concretamente, de las pérdidas afectivas. En este sentido, se quiere destacar que los resultados obtenidos sugieren que los mecanismos de acción de la Terapia de Aceptación y Compromiso (por ej., exposición y aceptación de los recuerdos generadores de malestar, así como de las emociones asociadas, desliteralización del contenido negativo del pensamiento o contacto emocional con el presente) resultan eficaces para reducir una de las estrategias regulatorias disfuncionales que presenta un papel central en la inadaptación a los sucesos vitales: el pensamiento rumiativo. Si bien en este trabajo no se han realizado los análisis necesarios –por razones metodológicas debido al escaso tamaño muestra- para poder concluir que la reducción en los niveles de rumiación es uno de los mecanismos específicos de acción de la intervención ACT, a través del cual se ha producido la disminución en la sintomatología depresiva y el aumento en el bienestar psicológico de las participantes, podría hipotetizarse que esto haya sido así. Igualmente, el programa ACT se ha visto capaz de incrementar una variable de regulación emocional adaptativa, el crecimiento personal asociado a las pérdidas, demostrando su capacidad para potenciar las "ganancias" o fortalezas en la vejez, en la línea comentada en párrafos anteriores. Sin duda, sería de gran interés la realización de estudios de componentes terapéuticos que, a través de la estrategia del desmantelamiento terapéutico, permitan dilucidar cuáles son los mecanismos específicos de acción más eficaces de este tipo de intervenciones.

Centrándonos ya en la intervención específica en el proceso de duelo, se ha producido un interesante debate sobre qué tipo de técnicas son más adecuadas para mejorar los síntomas depresivos inherentes al duelo complicado. En este sentido, dos han sido los elementos señalados como más perjudiciales y más favorecedores del desarrollo y mantenimiento de niveles elevados de malestar en el proceso de duelo: la rumiación sobre los recuerdos dolorosos de la pérdida (Bonano, 2011; van der Howen et al., 2010; Michael y Snyder, 2005; Nolen-Hoeksema, 2001) y la evitación o falta de aceptación de las emociones negativas asociadas a la pérdida (Wetherell, 2012). Como se analizó en el capítulo 2 de este trabajo, ambas variables se han relacionado entre sí, habiendo autores que llegan a conceptualizar la rumiación como una forma de evitación del dolor de la pérdida (Stroebe et al., 2007). En este sentido, algunos autores como Boelen et al. (2007) han señalado que, de cara a reducir los niveles de rumiación, y de forma secundaria, aumentar la aceptación de emociones, la técnica de exposición es, por sí sola, más efectiva que la reestructuración cognitiva, si ésta se llevara a cabo de forma exclusiva. En este sentido, la Terapia de Duelo Complicado, que tanto apoyo empírico está recibiendo en la actualidad (Shear et al., 2005; Shear et al., 2001; Whetherell, 2012), se basa fundamentalmente en favorecer la exposición completa e incondicional de la persona al dolor que supone la pérdida y a su significado (sus implicaciones) para, con ello, facilitar que la red de representaciones mentales referidas a dicha pérdida pase a formar parte de la memoria implícita y no solo de la declarativa. Es necesario señalar en este punto que la exposición, no sólo a situaciones sino también, y especialmente, a eventos internos desagradables (emociones, pensamientos y sensaciones) es uno de los grandes pilares terapéuticos de ACT. En este sentido, cabe destacar que el objetivo central del programa ACT aplicado en este trabajo ha sido precisamente facilitar que las participantes realizaran tal exposición para lograr la aceptación del dolor de la pérdida. Los resultados obtenidos apuntan en la dirección de los trabajos previos aquí señalados, indicando que la exposición es una técnica eficaz para reducir tanto los pensamientos rumiativos acerca de las pérdidas afectivas como los síntomas de depresión, íntimamente relacionados con los pensamientos rumiativos. Nuevamente, futuros estudios de desmantelamiento terapéutico permitirán conocer lo que aportan las diferentes técnicas integradas dentro de paquetes de tratamiento desarrollados desde el enfoque ACT, como el descrito en este trabajo.

Para terminar este apartado, se quiere abordar brevemente el debate en torno a la eficacia y mecanismos de acción de la Terapia de Aceptación y Compromiso, que se encuentra muy presente en la actualidad. El enfoque ACT ha recibido, como se vio en el capítulo 3, una importante cantidad de apoyo empírico que avala su eficacia ante problemas tales como la depresión (Fledderus et al., 2011; Zettle y Hayes, 1986) u otros problemas

psicológicos como por ejemplo, la ansiedad (Hayes et al., 2006), la sintomatología psicótica (Bach y Hayes, 2002), o el dolor crónico (MacCracken y Gutierrez-Martínez, 2011). Sin embargo, también ha recibido y continúa recibiendo importantes críticas. Así, algunos autores han señalado críticamente que ACT no aporta ninguna novedad técnica en su aplicación, y que sus propuestas y técnicas han sido "tomadas" de enfoques como el humanismo, la psicología de la Gestalt o el conductismo (Hoffman y Asmundson, 2008). Otros enfoques plantean que no existen diferencias significativas entre ACT y la terapia cognitivo conductual (TCC) (Arch y Craske, 2008). Finalmente, también hay autores que reconocen las diferencias entre estas dos terapias, considerando como diferencia fundamental entre TCC y ACT el que, mientras que TCC intenta modificar las creencias disfuncionales para, con ello, reducir los síntomas de malestar, ACT pone el énfasis terapéutico en la activación conductual orientada a los valores personales de cada persona y la aceptación de las emociones y pensamientos desagradables o incómodos que surjan en la persona en su proceso de caminar hacia sus metas significativas (Brown et al., 2011; Forman y Herbert, 2009). El presente trabajo no permite comparar la eficacia diferencial de ACT en comparación con TCC, pero sí añade al debate teórico descrito evidencia que avala la eficacia de ACT para tratar el duelo complicado en mujeres mayores. No obstante, hay que señalar que el programa llevado a cabo en este estudio se ha desarrollado desde la asunción de que ACT no es un enfoque alternativo a la TCC o excluyente de esta terapia sino, más bien, una herramienta, en esencia, complementaria a la TCC, que enriquece su aplicación práctica. De hecho, el programa propuesto en este trabajo se ha desarrollado desde el enfoque ACT pero incluye algunos elementos terapéuticos de corte cognitivo-conductual, tales como la psicoeducación acerca del proceso de duelo y la pérdida, el énfasis en distinguir situaciones, pensamientos y emociones, así como la capacidad de observar algunos de esos pensamientos como irracionales o desadaptativos (que, si bien en el programa no se realiza reestructuración cognitiva, sí se señala como pensamiento "disfuncional" o "irracional" que posteriormente se intenta desliteralizar y des-fusionar, con herramientas propuestas por ACT), estrategias de solución de problemas o la exposición, no solo a eventos negativos, sino a situaciones fóbicas relacionadas con la pérdida.

Asumiendo esta complementariedad entre ACT y TCC, también se considera que el estilo terapéutico de ACT y su énfasis en la aceptación y en los valores de la persona se adapta mejor a determinados casos en los que la evitación experiencial y la desconexión con las áreas de valor representan núcleos centrales del problema psicológico presentado por la persona.

En resumen, se considera que a través de este estudio experimental, se han puesto de relieve algunas de las asunciones teóricas expuestas a lo largo de la presente tesis doctoral. Por un lado, se constata la relevancia de los sucesos vitales en la explicación del malestar emocional en la persona mayor, y concretamente, la relevancia que algunos eventos vitales específicos –tales como el fallecimiento de un familiar- aun habiendo ocurrido en el pasado, pueden cobrar una importancia esencial en la actualidad por no haber llevado a cabo una adecuada adaptación en el pasado. Así, recordando las propuestas ya señaladas en torno a la revisión de vida propuesta por Erikson (1963) llevada a cabo en capítulos previos, se hace evidente la necesidad de que las personas mayores sean capaces de aceptar los eventos negativos e integrarlos de forma adecuada en su vida, y así, reestructuren su esquema de valores y metas importantes. Por otro lado, ha quedado constatado en este capítulo, otra de las asunciones más importantes asumidas en este trabajo, la importancia de las estrategias de regulación emocional empleadas en torno a los sucesos vitales, ya que pueden fomentar episodios depresivos y procesos de inadaptación a los cambios vitales inherentes en la etapa de la vejez. Concretamente, se ha contrastado cómo el crecimiento personal, el estilo rumiativo, el pensamiento rumiativo sobre la pérdida y la evitación experiencial se han relacionado con el malestar emocional, tal y como se constató en el anterior capítulo. Si bien, la aportación fundamental de estudio, es que, y en consonancia con otra de las propuestas teóricas llevadas a cabo, tales estrategias, tanto la rumiación como el crecimiento personal, pueden ser fomentadas en la población mayor, a través de herramientas terapéuticas adecuadas.

#### **6.4.4. Limitaciones**

La primera y más importante limitación de este estudio tiene que ver tanto con el tamaño muestral, tanto del grupo al que se ha aplicado el programa, como del grupo control. Se trata de un estudio piloto y, si bien los resultados apuntan hacia la conclusión de que las personas mayores con un gran malestar asociado a una pérdida aún no superada (en proceso de duelo complicado) podrían beneficiarse de un programa de intervención psicológica basado en ACT, el tamaño muestral dificulta en gran medida la interpretación y generalización de los resultados. Así, serán necesarios estudios con mayor tamaño muestral para poder generalizar en mayor medida los resultados obtenidos. También en relación a la muestra, otra clara limitación es su lugar de procedencia. Los participantes han sido reclutados en un Centro de Mayores en el que las personas mayores participan de forma activa y autónoma en talleres culturales y educativos. No cabe duda de que, de por sí, este



grupo de personas ya posee una serie de características personales y/o sociales que lo distingue de otros perfiles de personas mayores como, por ejemplo, las personas institucionalizadas o las que viven en sus hogares pero apenas participan de forma activa en la sociedad.

Pese a los resultados positivos encontrados, estudios previos han señalado que una de las debilidades en la comprobación de la eficacia de los programas de intervención en duelo tiene que ver con la posibilidad de que el proceso de recuperación de las personas podría producirse como una remisión natural y no debida a los programas de intervención, tal y como han señalado algunos autores (Stroebe et al., 2007; Parkes, 1998). Otra limitación del estudio tiene que ver con que el diseño de intervención llevado a cabo no permite conocer cuáles han sido los componentes concretos del programa que han facilitado los cambios terapéuticos esperados. En este sentido, ya se ha comentado la necesidad de realizar en el futuro estudios de componentes terapéuticos que, a través de la estrategia de desmantelamiento terapéutico, permitan analizar los mecanismos específicos a través de los cuáles la intervención tiene efectos positivos sobre la depresión y el bienestar psicológico. Si bien, este tipo de intervenciones no se han realizado en este programa debido al pequeño tamaño muestral.

Otra limitación del estudio tiene que ver con la variedad encontrada en relación con el parentesco de los participantes con las personas fallecidas. En el grupo control encontramos a dos personas que habían perdido un hijo, una persona que había perdido a su cónyuge y otra que había perdido a una hermana, mientras que en el grupo de intervención tres de los familiares fallecidos eran un cónyuge y sólo uno era un hijo. El malestar ocasionado por cada una de esas pérdidas puede ser muy diferente y, en la misma línea, las implicaciones que tiene la pérdida de uno u otro familiar, en términos de interferencia en la vida cotidiana o recomposición del rol hasta entonces mantenido con ese familiar, entre otros factores, son distintas para cada persona. Al realizar la intervención en grupo podrían no considerarse todas las diferencias individuales en el sufrimiento ocasionado por la pérdida del familiar, y esto podría afectar a la efectividad del programa. Por otro lado, habría sido interesante haber valorado aspectos de personalidad que podrían resultar importantes, tales como, neuroticismo, extraversión, etc., así como disponer de una historia clínica más detallada, al menos, sobre experiencias previas de pérdidas afectivas o valoración del apoyo social disponible, tanto en el momento de la pérdida, como en la actualidad.

Por otro lado, y teniendo en consideración los resultados obtenidos en la implementación del programa, es probable que la falta de generalización de tareas en casa

haya sido debida a que hayan sido muchas las tareas demandadas por parte del terapeuta y, además, que éstas puedan haber resultado demasiado difíciles. Como se ha visto en el apartado de resultados (ver Apartado 6.3.3.3) esta dificultad fue expresada por las participantes a lo largo del programa en distintas ocasiones.

A los factores ya señalados cabe añadir una limitación importante que ya ha sido previamente señalada por otros autores (Márquez-González et al., 2005), y que hace referencia a los instrumentos de evaluación empleados, la mayoría no adaptados a la población mayor. En concreto, tal y como han señalado autores como Ciarrochi et al. (2005), la Terapia de Aceptación y Compromiso, como terapia contextual, tiene por objetivo analizar e intervenir en el contexto en el que se produce la función de la conducta, por lo que los instrumentos empleados podrían no ser suficientemente sensibles a tales aspectos, no siendo capaces, por tanto, de detectar el análisis funcional concreto que se produce en el contexto cotidiano de la persona.

Otra de las limitaciones a tener en cuenta ha sido la de no haber llevado a cabo análisis de mediaciones rigurosos que permitan dilucidar el debate, ya propuesto a lo largo del trabajo, la posible relación mediada de la rumiación y la evitación experiencial. Tal y como se ha sugerido en el Estudio 1, es importante llevar a cabo análisis rigurosos para entender ambas variables de cara a poder fomentar un adecuado procesamiento de las emociones (Baker et al, 2007) y más concretamente, en el proceso de adaptación a los sucesos vitales más propios en la vejez, tales como el duelo, ampliamente abordado en este estudio.

Por último, quiere destacarse una importante limitación relacionada con los resultados de la intervención psicológica realizada. Si bien el enfoque terapéutico ACT propone como objetivo fundamental de la intervención psicológica la reducción de la evitación experiencial, tal objetivo no ha sido conseguido en la intervención llevada a cabo en este estudio. Sin tener pistas suficientes para conocer las razones por las que no se haya alcanzado este objetivo, cabe hipotetizar que el proceso de aceptación de emociones (proceso inverso al de evitación experiencial) se desarrolla de modo más lento en la persona. Si bien desde la Terapia de Aceptación y Compromiso se promueve tanto la aceptación de emociones como la clarificación de valores y compromiso con ellos como elementos fundamentales de la intervención, podría ser que el trabajo con valores tenga un efecto más efectivo y rápido en la persona, y, si bien despierta la necesidad de aceptar las emociones negativas implícitas en el camino hacia los valores, es probable que tal proceso de aceptación no se produzca en un espacio de tiempo de tan solo ocho semanas (que es la duración del programa). Esta hipótesis cobra mayor verosimilitud cuando se considera que, en el caso de la mayoría de las participantes, los procesos de evitación emocional

relacionados con la pérdida afectiva tenían una duración de años. Sin embargo, y tal y como ya se ha propuesto en el capítulo anterior, desde la perspectiva adoptada por este trabajo, según la cual se asume que la rumiación es una forma de evitación experiencial (Smith y Alloy, 2009; Giorgio et al., 2010), cabe suponer que, al reducir significativamente el pensamiento rumiativo, se haya reducido, en alguna medida, la evitación de experiencias emocionales incómodas o desagradables (evitación experiencial); en otras palabras, es probable que la intervención haya facilitado la puesta en marcha del proceso de aceptación emocional, el cual, sin embargo, podría dar sus frutos pasado un período más largo de tiempo. Esta hipótesis podría ser contrastada mediante análisis exhaustivos de los mecanismos de acción de la rumiación y la evitación experiencial de forma conjunta, así como a través de las evaluaciones de seguimiento, que permitirán ver si los niveles de evitación experiencial se han visto reducidos con el paso del tiempo. Otra posibilidad es que la evitación experiencial sea un constructo excesivamente amplio, en el sentido de abarcar muchas y variadas formas de evitación, tal y como ya se destacó en el capítulo anterior; dada la variedad y multiplicidad de "evitaciones" posibles, es probable que sea muy difícil modificar esa tendencia tan global amplia a través del trabajo terapéutico centrado en una evitación experiencial concreta. En el caso de la intervención llevada a cabo en este estudio, se ha trabajado de forma específica la aceptación de emociones y recuerdos desagradables asociados a la pérdida pero la modificación de éstos no tiene por qué implicar necesariamente el cambio en una tendencia más global a escapar de experiencias aversivas.

En cualquier caso, queda para siguientes investigaciones analizar las posibles formas de intervenir directamente sobre la evitación experiencial, entendida en términos genéricos, para conseguir reducirla, dados sus efectos perjudiciales, ya comentados, en las personas mayores, y más concretamente, en su proceso de adaptación a los sucesos vitales (Dulin y Passmore, 2010).

#### **6.4.5. Implicaciones prácticas de los resultados**

Hasta la fecha, han sido muy escasos los programas de intervención psicológica basados en la Terapia de Aceptación y Compromiso realizados con población mayor (Petkus y Wetherell, 2013), y menos aún los realizados para facilitar la aceptación de la pérdida de un ser querido. Si bien el estudio llevado a cabo por Luciano y Cabello (2001) aporta argumentos a favor de este tipo de intervención sobre un caso concreto de duelo prolongado

o complicado, aún son necesarios más estudios que comprueben la eficacia de este tipo de intervención sobre procesos como el duelo complicado y, más concretamente, en la población mayor, en la cual se producen un mayor número de pérdidas afectivas.

Los resultados de este estudio sugieren que ACT es una herramienta eficaz para trabajar con personas mayores, tal y como ya se había señalado previamente (Petkus y Wetherell, 2013; Petkus et al., 2011). Más concretamente, este estudio aporta evidencia de que, de forma consistente con lo propuesto por otros autores (Boelen et al., 2007; Butler y Ciarrochi, 2007) ACT resulta una estrategia terapéutica eficaz para ayudar a las personas mayores a adaptarse a situaciones inmodificables como las pérdidas afectivas, tan presentes en la población mayor. Por tanto, una de las implicaciones prácticas del presente trabajo es que proporciona apoyo empírico que avala el empleo de intervenciones desarrolladas en el marco de la Terapia de Aceptación y Compromiso para reducir los síntomas de depresión, así como el malestar asociado a la pérdida de un ser querido. Si bien es necesario un mayor número de estudios experimentales que comparen de forma específica las distintas técnicas de intervención propuestas desde ACT con las propuestas por otros tipos de terapias psicológicas, estos resultados permiten señalar que este tipo de terapia es una adecuada herramienta de intervención para el trabajo clínico con personas mayores inmersas en estados de malestar psicológico asociado a situaciones inmodificables, como ocurre en los casos de duelo complicado.

Otra de las aportaciones realizadas por este estudio es que encuentra evidencia que avala la idea de que la Terapia de Aceptación y Compromiso parece ser eficaz para reducir el uso de estrategias de regulación desadaptativas, tales como la rumiación. Esta estrategia de regulación emocional ya ha sido señalada por diversos autores como uno de los elementos más perjudiciales para la adaptación de la pérdida (Boelen et al., 2006; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Shear et al., 2007). En este sentido, el crecimiento postraumático se ha presentado como un elemento que favorece la aceptación de la pérdida (Páez et al., 2011). Como ya se ha comentado, el presente estudio revela que las personas que participan en una intervención ACT incrementan un tipo de crecimiento personal asociado a la pérdida experimentada, lo cual, favorece, tal y como han planteado otros autores, la adaptación y aceptación de la misma (Páez et al., 2011; Davis et al., 1999; Davis y McKearney, 2003). Por tanto, se propone la Terapia de Aceptación y Compromiso como herramienta útil para reducir el empleo de la rumiación o el estilo rumiativo, así como para aumentar el crecimiento personal asociado a las pérdidas afectivas. Estos resultados son coherentes con las propuestas de numerosos autores que han señalado la necesidad de realizar intervenciones psicológicas dirigidas a reducir los pensamientos rumiativos a través de

técnicas de exposición, técnica inherente al entrenamiento en aceptación incluido en la intervención ACT propuesta, de cara a llevar a cabo un afrontamiento adaptativo del proceso de duelo (Stroebe et al., 2007).

Como ya se señaló en el anterior capítulo, una de las implicaciones que se derivan de presente tesis doctoral es que, dada la inevitabilidad de los sucesos vitales negativos y de la pérdida del control externo para la población mayor, la regulación emocional cobra una importancia crucial como herramienta adaptativa (Carstensen, 2006). En este sentido, tal y como se encontró en el estudio 1 de este trabajo, una de las estrategias adaptativas en relación al afrontamiento de los sucesos vitales negativos es el crecimiento personal, estrategia que, como se ha visto en el presente estudio (estudio 2), puede ser incrementada a través de programas de intervención.

Por lo que respecta a las cuestiones prácticas y relativas al formato del programa, cabe señalar que se trata de un programa de corta duración y que podría ser aplicado fácilmente a un gran número de personas en las distintas instituciones relacionadas con la población mayor. Al tratarse de una intervención en grupo, de 8 sesiones de una hora y media de duración en régimen semanal, podría llegar a aplicarse a un gran número de personas por parte de los psicólogos de instituciones tales como centros culturales, casas del mayor, residencias, servicios sociales o incluso, centros de salud, y con ello prevenir episodios depresivos que suponen para la persona una causa de discapacidad, tal y como ha señalado la OMS (2002). En este sentido, se ha valorado positivamente que la intervención haya sido llevada a cabo en grupo, dado que esto ha favorecido la comprensión del malestar que puede suponer, incluso después de años, la pérdida de una persona. Por tanto, las participantes, han “des-patologizado” su problema, al entender, y ver en el grupo, que su malestar no es algo único ni irremediable. Asimismo, han contribuido unas participantes con otras a llevar a cabo una adecuada exposición ante las emociones más negativas y han creado un espacio de compartimiento de reestructuración de valores y metas, proponiendo áreas vitales y actividades agradables (de ocio y distracción) que, en muchos casos, sólo alguna de ellas había explorado, y que han despertado el interés por llevarlos a cabo. Dado que el número de participantes era muy pequeño, para ellas, ha sido realmente favorecedor llevar a cabo en grupo este programa, si bien, la intervención individual habría permitido entrar con mayor detalle en algunos de los aspectos clave de evitación experiencial de la persona, así como en el análisis de barreras para alcanzar los objetivos terapéuticos, no parece que la eficacia del programa hubiese presentado diferencias significativas en su aplicación en formato individual. No obstante, sería útil llevar a cabo programas similares en formato individual y grupal para comprobar la eficacia diferencial entre ambos formatos.

Si atendemos a la exhaustiva revisión de estudios sobre programas de duelo llevada a cabo por Stroebe et al. (2001), se considera que el presente estudio de intervención, aun siendo un estudio piloto con una muestra muy pequeña, presenta las características, sugeridas por Stroebe et al. (2001), que han de cumplir los estudios de intervención psicológica para ser considerados como apropiados: a) tener grupo control; b) haber empleado una asignación aleatoria de los participantes a los grupos experimentales y controles; c) presentar un diseño apropiado; d) utilizar instrumentos de evaluación con adecuada fiabilidad; y e) no presentar errores en los análisis estadísticos.

Por último, quiere subrayarse la idea de que, de cara a favorecer el envejecimiento activo, tal y como fue definido por Rowe y Khan (1987), parece conveniente, además del desarrollo de campañas de prevención y promoción de este tipo de envejecimiento, plantear propuestas específicas de intervención para facilitar que las personas se adapten de la forma más adecuada y rápida a los cambios vitales que se van produciendo durante su proceso de envejecimiento. Como se vio en el estudio 1 de esta tesis doctoral, la viudedad es uno de los sucesos más frecuentes, y como ya se ha dicho, más relacionados con el desarrollo de depresión en la población mayor. Ya se ha ido destacando los potenciales beneficios de programas dirigidos a ayudar a las personas mayores a clarificar sus valores personales, desarrollar estilos de vida coherentes con tales valores, a través del ajuste flexible de las metas para llevar a cabo adecuadas adaptaciones a los cambios vitales, que tan relevante ha sido para la perspectiva del ciclo vital (Baltes y Baltes, 1990; Brandstädter y Rothermund, 2002; Heckhausen y Schulz; 1995). Así, de forma específica una de las áreas de valor que podrían potenciarse en este sentido es la relativa a la generatividad, que, como algunos autores han señalado, presenta una gran importancia para las personas mayores (Villar et al., 2012). La intervención propuesta en este trabajo supone una estrategia de intervención eficaz para facilitar a las personas mayores una adecuada adaptación a este suceso vital potenciar sus niveles de bienestar psicológico y reducir la probabilidad de desarrollar procesos de duelo complicado y trastornos depresivos a partir de la pérdida. Por tanto, este programa, sujeto a pequeñas modificaciones, podría aplicarse en grupos de personas en situación de duelo, para favorecer, desde la prevención primaria, que tal proceso se lleve a cabo adecuadamente y permitiese reducir la probabilidad de desarrollar un proceso de duelo complicado.

#### **6.4.6. Líneas futuras de investigación**

En primer lugar, cabe señalar la conveniencia de llevar a cabo programas de intervención como el presentado en esta tesis doctoral en muestras con un tamaño más amplio, de cara, por un lado, a la generalización de los resultados obtenidos, y por otro, a que puedan realizarse análisis estadísticos controlando en los posibles efectos de influencia de variables tales como el sexo, el estado civil, los años de educación o la salud, que en este estudio no han sido controlados. Además, en este trabajo la muestra ha sido exclusivamente de mujeres, por lo no resulta posible generalizar estos resultados a la población mayor masculina. Futuros estudios podrán analizar la eficacia de este programa cuando se aplica de forma grupal a población masculina o mixta.

Por otro lado, la significación clínica analizada en este trabajo únicamente ha sido analizada para la sintomatología depresiva y el bienestar psicológico. Por esta razón, sería preciso que futuros estudios analizaran la eficacia clínicamente significativa para otras variables, tanto las consideradas en este estudio como resultado (aceptación de la pérdida, malestar asociado e interferencia con la vida), como las mediadoras (rumiación, evitación experiencial, crecimiento personal asociado a la pérdida y pensamiento rumiativo asociado a la pérdida). Para analizar tales efectos en las variables señaladas como resultado, serían necesarios estudios de validación de las medidas de ítems únicos empleadas en este estudio (por ej., la aceptación de la pérdida o la interferencia del malestar en la vida cotidiana), que por cuestiones prácticas, en este trabajo no han sido analizadas.

Asumiendo, en consonancia con otros autores Giorgio et al. (2010); Smith y Alloy, (2009); Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema (1995) la hipótesis de que la rumiación es una forma de evitación experiencial, sería interesante avanzar en el análisis de si, efectivamente, esta última estrategia es una tendencia más global y estable en la persona y, por tanto, más difícil de modificar que el propio pensamiento rumiativo. Puesto que el programa propuesto en este estudio ha sido eficaz para reducir los niveles de rumiación pero no los de evitación, una línea de trabajo futura es el diseño y análisis de la eficacia de nuevas intervenciones que traten de modificar los niveles de evitación experiencial, ya que, de acuerdo con los autores que propusieron el enfoque ACT (Hayes et al., 2004), esta variable es un mecanismo central de mantenimiento del malestar emocional en muchos casos. En este mismo sentido, una de las líneas futuras de investigación concretas que se plantean tras la realización de este trabajo es explorar en mayor medida y con otro tipo de análisis estadísticos, las relaciones concretas entre la evitación experiencial y la rumiación, así como sus papeles respectivos en el mantenimiento del malestar emocional presente en el duelo complicado. En este sentido, conocer en mayor medida cómo estas variables interactúan entre sí o se influyen mutuamente sería interesante de cara a proponer programas de intervención dirigidos a

reducir sus niveles. Tal y como ha ido proponiéndose a lo largo de este apartado, podrían llevarse a cabo programas de componentes terapéuticos para que, a través de técnicas de desmantelamiento, puedan entenderse de forma más precisa el papel que cada una de las variables tiene en el cambio producido tras las intervenciones. Concretamente este tipo de intervenciones son útiles para analizar los mecanismos de acción que son útiles para reducir los síntomas de ansiedad, o aumentar los niveles de bienestar. Tal y como se ha ido sugiriendo, será interesante llevar a cabo estos estudios concretamente para analizar el papel de las estrategias de regulación emocional, tales como la rumiación y la evitación experiencial. Si bien, se ha constatado la dificultad para entender las interrelaciones que ambas variables presentan entre sí, mucho más difícil es entender cómo es posible su potenciación a través de terapias psicológicas.

Por otro lado, otra de las líneas interesantes para llevar a cabo, y avanzar en el terreno de la investigación clínica aplicada, sería fomentar análisis de la eficacia diferencial de la Terapia de Aceptación y Compromiso, en comparación con otro tipo de terapias, como la cognitivo-conductual, para el tratamiento del duelo complicado en personas mayores. Y así poder valorar qué componentes con los que mayor peso ejercen en el cambio producido tras la intervención. Tal y como se explicaba en el párrafo anterior, a través de técnicas de desmantelamiento terapéutico, podría ser útiles para comprender los mecanismos de acción en las distintas perspectivas teóricas llevadas a la práctica clínica (paradigma cognitivo-conductual o terapia de aceptación y compromiso). Así se podría realizar un análisis más riguroso para constatar qué tipo de técnicas, si bien las basadas puramente en TCC (por ej., exposición, psicoeducación, validación) o las basadas más específicamente en ACT (metáforas, ejercicios experienciales, trabajo en valores y en acciones comprometidas con ellos, etc.).

A su vez, sería útil llevar a cabo futuros estudios que controlen más exhaustivamente variables no contempladas en este estudio, y que juegan un papel esencial en la explicación del malestar relativo a las pérdidas afectivas, tales como el apoyo social o variables de personalidad.

De forma específica se propone como futura línea de investigación llevar a cabo programas más específicos para el fomento del crecimiento personal asociado a los sucesos vitales, y de forma particular, a para las pérdidas afectivas. Estos programas pueden favorecer ampliamente que la adaptación a tales cambios se lleve a cabo de forma más adecuada. En esta misma línea, se propone que se potencie, desde los estamentos públicos y privados en los que se lleva a cabo un trabajo directo con la población mayor, la creación de grupos de apoyo entre personas mayores, que han experimentado pérdidas afectivas,



pero que han sido capaces de extraer aspectos positivos de ellas. Se propone que el intercambio social y emocional entre este colectivo de personas (por ejemplo personas viudas, o que hayan sufrido otra pérdida afectiva importante) favorece la integración de las pérdidas y puede fomentar el ajuste de metas y valores para continuar con su proceso de envejecimiento de forma activa e implicada en su contexto social y personal.

En el cuadro 6 se presenta una breve descripción de las conclusiones principales de este Estudio.

**Cuadro 6.1.** Conclusiones del capítulo 6

**Conclusiones de este capítulo**

El programa de intervención psicológica llevada a cabo a través de la Terapia de Aceptación y Compromiso ha mostrado su eficacia para:

Aceptar emociones, pensamientos y sensaciones desagradables generales y las relacionadas con la pérdida.

- Incrementar la aceptación de la pérdida.
- Reducir el malestar asociado a dicha pérdida, así como la interferencia en la vida cotidiana que suponía para las personas dicho malestar.
- Disminuir el pensamiento rumiativo asociado a la pérdida.
- Aumentar los niveles de crecimiento personal asociado a la pérdida.
- Aumentar los niveles de bienestar psicológico y reducir los de sintomatología depresiva.



# CONCLUSIONES GENERALES

---



## CONCLUSIONES GENERALES

---

A lo largo de este trabajo se ha ido desarrollando la idea de la relevancia que tiene en la población mayor el estudio de los sucesos vitales y el papel de la regulación emocional en su proceso de adaptación a dichos sucesos.

Se ha constatado a lo largo del trabajo que sucesos vitales ocurridos en el pasado de la persona presentan una importancia esencial a la hora de explicar el malestar psicológico de las personas mayores. En este sentido, puede concluirse que el malestar psicológico de las personas mayores se relaciona en gran medida con sucesos vitales acaecidos en el pasado y con los que las personas siguen "enganchadas" psicológicamente. Esta importancia de los eventos pasados se relaciona, sin duda, con la tendencia presente en muchas personas mayores a llevar a cabo una revisión de sus vidas, esto es, una importante reflexión personal sobre los hechos ocurridos a lo largo de ésta (Erikson, 1982).

En la línea planteada por uno de los autores que han marcado la línea de investigación de esta tesis doctoral (Dorhenwend, 1984), en este trabajo se ha comprobado cómo el efecto psicológico que tienen los sucesos pasados sobre la salud física y psicológica de las personas mayores está moldeado por las estrategias de regulación emocional empleadas por éstas en su proceso de afrontamiento de dichos sucesos. De este modo, las estrategias de regulación emocional son factores clave que explican ese "enganche" desadaptativo de la persona con su pasado. Concretamente, a dicho vínculo con el pasado parecen contribuir de forma significativa estrategias de regulación emocional desadaptativas como la rumiación o la evitación experiencial y, de forma específica, el pensamiento rumiativo asociado a los sucesos vitales.

De modo inverso, una estrategia que se ha mostrado adaptativa en el proceso de afrontamiento de los sucesos vitales y que presenta una relación significativa con el bienestar psicológico es el crecimiento personal asociado a los sucesos vitales. Por tanto, puede afirmarse que la capacidad de crecimiento personal ante los eventos vitales es un recurso psicológico importante que se relaciona con la adaptación y el bienestar psicológico de las personas mayores.

Una de las principales aportaciones de la presente tesis doctoral es la propuesta de una herramienta que, en términos generales, presenta adecuadas propiedades psicométricas y permite evaluar los aspectos que, desde este trabajo, se han propuesto como elementos importantes para el análisis del proceso de adaptación de las personas mayores a los cambios asociados a la vejez: por un lado, la ocurrencia de sucesos vitales (tanto positivos como negativos) y por otro, dos de las estrategias de regulación emocional

que mayor relevancia han adquirido en los últimos tiempos en la explicación del malestar asociado a los sucesos vitales: el pensamiento rumiativo y el crecimiento personal asociado a tales eventos. Se trata de un instrumento de sencilla aplicación que puede resultar de gran utilidad en la práctica clínica con el fin de precisar la evaluación psicológica y por posteriormente, la intervención clínica, considerando que determinados eventos acaecidos en el pasado, podrían estar contribuyendo de forma significativa al malestar emocional actual a través de mecanismos de regulación emocional desadaptativos. Este instrumento es, hasta donde se conoce el primero en evaluar el impacto psicológico que tienen en la actualidad los sucesos vitales pasados, siendo especialmente útil que tal medida del impacto sean las estrategias actuales de regulación emocional desadaptativas y no el cambio vital que supuso en la vida de la persona, en el momento que lo experimentó, tal y como evalúan los instrumentos hasta ahora conocidos.

Por su parte, en este trabajo se presenta un modelo de explicación del malestar psicológico en las personas mayores basado en las variables mencionadas (ocurrencia de sucesos vitales, pensamiento rumiativo y crecimiento personal asociado a éstos), así como en estrategias más estables de regulación emocional (estilo rumiativo y evitación experiencial) y variables físicas (función física). Este modelo permite explicar un alto porcentaje de la varianza del malestar psicológico en este grupo de población, demostrando la relevancia de las variables incluidas en el mismo para comprender y potenciar el bienestar psicológico en las personas mayores.

De este modo, y en consonancia con el clásico modelo de vulnerabilidad-estrés (Zubin y Spring, 1977) que permite explicar la mayor parte de las manifestaciones de malestar psicológico y el desarrollo de los trastornos mentales, el modelo propuesto resalta la importancia tanto de los elementos estresores (sucesos vitales) como de las variables de vulnerabilidad física (función física), y psicológica (estrategias de regulación emocional), así como de las interrelaciones entre ambos tipos de variables, en la explicación del bienestar psicológico en la vejez. Así, este estudio avala la relevancia que presenta, de cara a entender el proceso de adaptación de las personas a los cambios asociados al envejecimiento, el estudio tanto de los sucesos vitales como de los procesos de autorregulación desarrollados por las personas para su afrontamiento.

Si bien las ideas expuestas en los párrafos anteriores han sido analizadas a través de un estudio transversal (estudio 1; capítulo 5) en el estudio 2 se han intentado contrastar algunas de las hipótesis relacionadas con éstas a través de un estudio de intervención, en el que se analiza la eficacia de un programa piloto de intervención basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 1996) dirigido a personas con alta sintomatología

depresiva inmersas en un proceso de duelo complicado. La intervención psicológica basada en ACT se ajusta muy bien al planteamiento teórico seguido en este trabajo, que subraya la importancia de las estrategias de regulación emocional y de la autorregulación de las metas y valores en la adaptación de las personas a los sucesos vitales que experimentan a lo largo de su ciclo vital. De este modo, la intervención ACT desarrollada se ha centrado en la potenciación de la aceptación de la experiencia de la pérdida y las experiencias internas asociadas (aceptación de pensamientos y emociones relacionados con la pérdida vs. procesos de rumiación y evitación experiencial) y en el adecuado reajuste de los valores y metas de la persona, de cara a conseguir adaptación a las pérdidas afectivas, ocurridas en la población mayor.

El programa de intervención psicológica propuesto ha demostrado su eficacia para favorecer la aceptación de la pérdida afectiva, disminuir la sintomatología depresiva e incrementar el bienestar psicológico en las personas que han participado en él. Es importante señalar que el programa de intervención consigue modificar los niveles de rumiación de los participantes, así como la frecuencia de pensamiento rumiativo específicamente asociado a las pérdidas afectivas. Además, el programa desarrollado consigue incrementar el nivel de crecimiento personal asociado a las pérdidas afectivas. A pesar de que no se han realizado análisis de los mecanismos específicos de acción del programa de intervención, es probable que los cambios generados en las variables mediadoras mencionadas tengan un papel importante en este sentido.

Por tanto, a partir de los resultados obtenidos en este trabajo, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. Los sucesos vitales tienen un efecto importante en el bienestar psicológico de las personas mayores. Sucesos vitales ocurridos en el pasado pueden seguir teniendo una relación significativa con el bienestar psicológico actual de las personas mayores. La influencia de sucesos vitales negativos parece reflejar una orientación negativa y desadaptativa de la persona mayor hacia sus experiencias vitales negativas del pasado.

2. Mientras que los sucesos positivos presentan una relación positiva y directa con el bienestar psicológico de las personas mayores, el efecto de los sucesos vitales negativos sobre dicho bienestar se encuentra modulado por las estrategias de regulación emocional y la salud física.

3. Estrategias de regulación emocional tales como la rumiación (variable rasgo y pensamientos rumiativos asociados a los sucesos vitales) y la evitación experiencial tienen una influencia perjudicial en el proceso de adaptación de las personas mayores a los sucesos vitales la población mayor, siendo los mecanismos a través de los cuales podría estar produciéndose esa orientación negativa de la persona al pasado.

4. Se propone un instrumento para la evaluación de los aspectos clave desarrollados a lo largo de esta tesis doctoral: por un lado, la ocurrencia de sucesos vitales, tanto positivos como negativos y, por otro, dos estrategias de regulación asociadas a tales sucesos, una desadaptativa, pensamiento rumiativo, y otra adaptativa, crecimiento personal, que se han constatado como estrategias importantes para la explicación del malestar psicológico en el proceso de adaptación a los sucesos vitales.

5. Existe un perfil de personas mayores especialmente vulnerable psicológicamente por presentar una clara inadaptación a los sucesos vitales, caracterizadas por presentar altos niveles de malestar psicológico y altos niveles de estrategias de regulación desadaptativa, así como un bajo nivel de estrategias más adaptativas de regulación emocional, tales como el crecimiento personal asociado a los sucesos vitales.

6. La intervención psicológica basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso parece ser una herramienta útil para ayudar a personas mayores con sintomatología depresiva asociada a pérdidas afectivas a incrementar su aceptación de dichas pérdidas, ajustar de forma adaptativa sus metas y valores vitales y, de este modo, incrementar su bienestar psicológico.



# **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---



- Aartsen, M. J. T. van Tilburg, C.H. Smits, H.C. Comijs, K.C. Knipscheer. (2005). Does widowhood affect memory performance of older people? *Psychological Medicine*, 34, 1-10.
- Abellán, A. y Ayala, A. (2012). *Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 131.
- Abranson, L. Y., Metalsky, G. I. y Alloy, L.B. (1989). Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype of Depression. *Psychological Review*, 2, 358-372.
- Adeyemo, D. A. (2008). Demographic Characteristics and Emotional Intelligence among Workers in Some Selected Organisations in Oyo State, Nigeria. *Vision: The Journal of Business Perspective*, 12(1), 43-48.
- Affleck, G., Tennen, H., Croog, S. y Levine, S. (1987). Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: An 8-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 29-35.
- Affleck, G. y Tennen, H. (1991). The effect of newborn intensive care on parent's psychological well-being. *Children's Health Care*, 20, 6-14.
- Affleck G, Tennen H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64, 899-922.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., y Schweizer, S. (2010). Regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Aldao, A., y Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 276-281.
- Alegre, E., A., Ayuso, M., Guillén, E. M., Monteverde, V. M., y Pociello García, E. (2005). Tasa de dependencia de la población española no institucionalizada y criterios de valoración de la severidad. *Revista Española de Salud Pública*, 79(3), 351-363.
- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *Lancet*, 365, 1961-1970.
- Ali, A. y Toner, B. B. (1996). Gender differences in depressive response: The role of social support. *Sex Role*, 3, 281-293.
- Allen, B., Oseni, A., Allen, K. E. (2012). The evidence-based treatment of chronic posttraumatic stress disorder and traumatic grief in an adolescent: a case study. *Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(6), 631-639.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Rose, D. T., Robinson, M. S., et al. (2000). The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project: Lifetime history of Axis I psychopathology in individuals at high- and low-cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 403-418.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Urosevic, S., Walshaw, P. D., Nusslock, R., y Neeren, A. M. (2005). The psychosocial context of bipolar disorder: Environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clinical Psychology Review*, 25, 1043-1075.
- Alonso, J., Prieto, L., y Antó Boque, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina clínica*, 104(20), 771-776.
- Alonso, M. (2011). Terapia de aceptación y compromiso y entrenamiento en estrategias de optimización selectiva con compensación para personas mayores con dolor crónico: propuesta y evaluación de un programa de intervención. Tesis doctoral no publicada. Universidad Rey Juan Carlos.

- Alonso, M., López, A., Losada, A. y González, J. L. (2013). Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for older people with chronic pain. *Behavioral Psychology*, 21, 59-79.
- Allport, G. W. (1961). Pattern and growth in personality. In R. B. Cattell. *Description and Measurement of Personality*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- American Psychiatric Association. (2003). *DSMIV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Masson,
- American Psychiatric Association. DSM-V Development: Persistent Complex Bereavement-Related Disorder (Proposed for Section III of the DSM-5). Proposed revisions [En línea] 2012.
- Anderson, K.L., Dimond, M.F. (1995). The experience of bereavement in older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 308-315.
- Andrew, D. H. y Dulin, P. L. (2007). The relationship between self-reported health and mental health problems among older adults in New Zealand: experiential avoidance as a moderator. *Aging and Mental Health*, 11, 596-603.
- Arathuzik, M. D. (1991). The appraisal of pain and coping in cancer patients. *Western Journal of nursing research*, 13(6), 714-731.
- Arch, J. J. y Craske, G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanism? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 263-279.
- Archer, J. (2004). *The nature of grief: The evolution and psychology of reactions to loss*. New York: Routledge.
- Armstrong, A. R., Galligan, R. F., y Critchley, C. R. (2011). Emotional Intelligence and psychological resilience to negative life events. *Personality and Individual Differences*, 51, 331-336.
- Averill, J. R. (1980). A constructivist view of emotion. *Emotion: Theory, research, and experience*, 1, 305-339.
- Ayers, C., Petkus, A. J., Liu, L. Patterson, T. L., Wetherell, J. L. (2010). Negative life events and avoidant coping are associated with poorer long-term outcome in older adults treated for generalized anxiety disorder. *Journal of Experimental Psychopathology*, 1, 146-154.
- Bach, P., y Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1129-1139.
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Bagozzi, R. P., Baumgartner, H., y Pieters, R. (1998). Goal-directed emotions. *Cognition and Emotion*, 12, 1-26.
- Baker, R. (1989). Baker, R. (1989). *Panic disorder: theory, research, and therapy* (Vol. 13). John Wiley y Son.
- Baker, R. (2001). An emotional processing model for counselling and psychotherapy: a way forward. *Counselling in Practice*, 7(1), 8-11.
- Baker, J. P. y Bernbaum, H. (2007). Emotional approach and problem-focused coping: A comparison of potentially adaptive strategies. *Cognition and emotion*, 21(1), 95-118.
- Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W. y Owens, M. (2007). Development of an emotional processing scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 167-178.

- Baltes, P. B., y Schaie, K. W. (1976). On the plasticity of intelligence in adulthood and old age: Where Horn and Donaldson fail. *American Psychologist*, 31(10), 720-725.
- Baltes, P. B., Reese, H. and Lipsett, L. (1980). Lifespan developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31, 65 – 110.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626.
- Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes y M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1–34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366–380.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U. y Staudinger, U. M. (1998), Life-span theory in developmental psychology. En Lerner, R. M. (Ed.), *Handbook of child psychology* (pp. 1029-1143). Nueva York: Wiley y Sons.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual review of psychology*, 50(1), 471-507.
- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (2002). The process of successful aging. In U. Staudinger y U. Lindenberger (Eds.), *Understanding human development: dialogues with life-span psychology* (pp. 81–104). Norwell, MA: Kluwer Academic.
- Barnes-Holmes, D., Hayes, S. C. y Diamond, S. (2001). Self and self-directed rules. En S.C. Hayes, D. Barnes-Holmes y B. Roche (Ed.), *Relational Frame Theory: a post-Skinnerian account of human language and cognition* (pp. 119-139). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Barreto, M. P. de la Torre, O. y Pérez-Martín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9, 355-368.
- Baumeister, R. F., Tice, D. M. y Hutton, D. G. (1989). Self-presentational motivations and personality differences in self-esteem. *Journal of Personality*, 57, 547-579.
- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C., y Vohs, K. D. (2001). Bad is stronger than good. *Review of general psychology*, 5(4), 323.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and therapeutic aspects*. New York: Harper and Row.
- Bender, R. E., y Alloy, L. B. (2011). Life stress and kindling in bipolar disorder: Review of the evidence and integration with emerging biopsychosocial theories. *Clinical psychology review*, 31(3), 383-398.
- Berntsen, D., y Rubin, D. C. (2002). Emotionally charged autobiographical memories across the life span: The recall of happy, sad, traumatic and involuntary memories. *Psychology and aging*, 17(4), 636.
- Biglan, A. y Hayes, S.C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology: current Scientific Perspectives*, 5, 47-57.
- Bilbao, M. (2009). Creencias sociales y bienestar: Valores, creencias básicas, impacto de los hechos vitales y crecimiento psicológico. (Tesis Doctoral). Universidad Del País Vasco, España.
- Bilbao, M. A., Páez, D., da Costa, S., y Martínez-Zelaya, G. (2013). Cambio en creencias básicas y crecimiento post estrés: un estudio transversal sobre el fuerte impacto de los hechos positivos sobre el bienestar. *Terapia Psicológica*, 31, 127-139.

- Birditt, K. S., Fingerman, K. L. y Almeida, D. V. (2005). Age Differences in Exposure and Reactions to Interpersonal Tensions: A Daily Diary Study. *Psychology and Aging*, 30, 330-340.
- Blackledge, J. T. (2007). Disrupting verbal processes: Cognitive defusion in acceptance and commitment therapy and other mindfulness-based psychotherapies, *The Psychological Record*, 57, 555-576.
- Blanchard-Fields, F. (2007). Everyday Problem Solving and Emotion An Adult Developmental Perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 26-31.
- Blanchard-Fields, F., Stein, R. y Watson, T. L. (2004). Age Differences in Emotion-Regulation Strategies in Handling Everyday Problems. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59, 261-269.
- Blazer, D. G. (2002). Self-efficacy and depression in late life: a primary prevention proposal. *Aging y Mental Health*, 6(4), 315-324.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58, 249-265.
- Boelen, P. A., de Keijser, J., van den Hout, M. A., y van den Bout, J. (2007). Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counselling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 277-284.
- Boelen, P. A., van den Bout, J., y van den Hout, M. A. (2003). The role of negative interpretations of grief reactions in emotional problems after bereavement. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 225-238
- Boelen, P. A., van den Bout, J., y van den Hout, M. A. (2006b). Negative cognitions and avoidance in emotional problems after bereavement: a prospective study. *Behaviour research and therapy*, 44(11), 1657-1672.
- Boelen, P. A., Van Den Hout, M. A., y Van Den Bout, J. (2006a). A Cognitive-Behavioral Conceptualization of Complicated Grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 109-128.
- Boelen, P. A., y Prigerson, H. G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257(8), 444-452.
- Boerner, K., Wortman, C. B., y Bonanno, G. A. (2005). Resilient or at risk? A 4-year study of older adults who initially showed high or low distress following conjugal loss. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(2), 67-73.
- Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T.A.J.J. y Pieterse, M. E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 62-67.
- Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Zhang, N., y Noll, J. G. (2005). Grief processing and deliberate grief avoidance: a prospective comparison of bereaved spouses and parents in the United States and the people's republic of China. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 86-98.
- Bonanno, G. A., Papa, A., y O'Neill, K. (2001). Loss and human resilience. *Applied and Preventive Psychology*, 10(3), 193-206. .
- Bonanno, G. A., y Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical psychology review*, 21(5), 705-734.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J. y Nesse, R. M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of personality and social psychology*, 83(5), 1150-1164.

- Bonanno, G. A., y Mancini, A. D. (2008). The human capacity to thrive in the face of potential trauma. *Pediatrics*, 121, 369-375.
- Bonanno, G. A., Westphal, M. y Mancini, A. D. (2011). Resilience to Loss an Potential Trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 511-535.
- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Orcutt, H.K., Waltz, T., et al. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. En G. C. L. Davey, y F. Tallis (Eds.) *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 5-33). Chichester, England: Wiley.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness and depression*. New York: Basic.
- Boyd, J. N., y Zimbardo, P. G. (2005). Time perspective, health, and risk taking. En A. Strathman y J. Joireman. (Eds.). *Understanding behavior in the context of time: Theory, research, and Applications* (85-107). Mahwah, NJ: Erlbaum,
- Bradbeer, M., Helme, R. D., Yong, H.H., Kending, H.L. y Gibson, S.J. (2003). Widowhood and Other Demographic Associations of Pain in Independent Older People. *The clinical journal of Pain*, 19, 247-254.
- Brandstädter, J., y Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology of Aging*, 5, 58-67.
- Brandstadter, J., Wentura, D., y Greve, W. (1993). Adaptive resources of the aging self: Outlines of an emergent perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 16(2), 323-349.
- Brandstädter, J. y Greve, W. (1994). The Aging Self: Stabilizing and Protective Processes. *Developmental Review*, 14, 52-80.
- Brandstädter, J. (1999). Sources of resilience in the aging sefl. En F. Blanchard-Field y T. Hess (Eds., *Social cognition and aging* (pp.123-141). New York: Academic Press.
- Brandstädter, J., y Rothermund, K. (2002). Intentional self development: Exploring the interfaces between development, intentionality, and the self. En L. J. Crockett (Ed.), *Agency, motivation, and the life course: Nebraska Symposium on Motivation* (Vol. 48, pp. 31-75). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Brenes, G. A., Penninx, B. W., Judd, P. H., Rockwell, E., Sewell, D. D., y Wetherell, J. L. (2008). Anxiety, depression and disability across the lifespan. *Aging and Mental Health*, 12(1), 158-163.
- Brennan, M., y Bally, S. J. (2007). Psychosocial adaptations to dual sensory loss in middle and late adulthood. *Trends in Amplification*, 11(4), 281-300.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., y Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and psychiatric disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 923-929.
- Brilman E.I. y Ormel, J. (2001). Life events, difficulties and onset of depressive episodes in later life. *Psychological Medicine*, 31, 859-869.
- Brinker, J. K., y Dozois, D. J. (2009). Ruminative thought style and depressed mood. *Journal of clinical psychology*, 65(1), 1-19.
- Broderick, P. C. (2005). Mindfulness and coping with dysphoric mood: Contrasts with rumination and distraction. *Cognitive Therapy and Research*, 29(5), 501-510.

- Brown, G. W., Sklair, F., Harris, T. O., y Birley, J. L. T. (1973). Life events and psychiatric disorders. Part I: Some methodological issues. *Psychological Medicine*, 3(2), 74-87.
- Brown, G.W., y Harris, T.O. (1978). The Bedford College Life-Events and Difficulty Shedule: directory of contextual threat ratings of events. Londres. Bedford College, Univ.
- Brown, G. W., y Harris, T. O. (1989). *Life events and illness*. The Guilford Press.
- Brown, J.D., y McGill, K.L (1989). The cost of good fortune: when positive life events produce negative health consequences. *Journal of personality and Social Psychology*, 57, 1103-1110.
- Brown, G. W. (1993). Life events and affective disorder: replications and limitations. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 248-259.
- Brown, G. W., Harris, T. O., y Hepworth, C. (1994). Life events and endogenous depression. A puzzle reexamined. *Archives of General Psychiatry* 51, 525-534.
- Brown, G.W., Harris, T.O., Hepworth, C, (1995) Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: A patient and nonpatient comparison. *Psychological Medicine*, 25, 7-21.
- Brown, K. W., y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822.
- Browne MW, Cudeck R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. En: Bollen KA y Long JS, editores. *Testing Structural Equation Models* (pp. 136-162). Beverly Hills, CA: Sage.
- Bucks, R. S., Garner, M., Tarrant, L., Bradley, B. P., y Mogg, K. (2008). Interpretation of emotionally ambiguous faces in older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(6), 337-343.
- Butler, R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26(1), 65-76.
- Butler, R. (1974). Successful aging and the role of life review. *Journal of the American Geriatric Society*, 22, 529-535.
- Butler, L.D., y Nolen-Hoeksema, S. (1994). Gender differences in responses to a depressed mood in a college sample. *Sex Roles*, 30, 331-346.
- Butler, J. y Ciarrochi, J. (2007). Psychological Acceptance and Quality of Life in the Elderly. *Quality of Life Research*, 16, 607-615.
- Butler, R.N. (2001). Life review. En G.L. Maddox (Ed.) *The enciclopedia of aging: A comprehensive resorce in gerontology and geriatrics 3ª Ed.* (pp. 790-795). Nueva York: Springer.
- Byrne, G. J., y Raphael, B. (1997). The psychological symptoms of conjugal bereavement in elderly men over the first 13 months. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(2), 241-251.
- Cairney, J., y Krause, N. (2008). Negative life events and age-related decline in mastery: Are older adults more vulnerable to the control-eroding effect of stress?. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(3), S162-S170.
- Calhoun, L. G. y Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Calhoun, L. G y Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of post-traumatic growth: an expanded framework. En Calhoun, L. G y Tedeschi, R. G. (Eds.), *Handbook of Post-traumatic Growth* (pp. 1-23). Mahaw, NJ: Lawrence Erlbaum.



- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. y Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses on individuals with anxiety and mood disorders. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1251-1263.
- Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D. y Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes. Un metaanálisis de 13 estudios. *Boletín de psicología*, 82, 25-44.
- Caprara, M., Molina, M. Á., Schettini, R., Santacreu, M., Orosa, T., Mendoza-Núñez, V. M., y Fernández-Ballesteros, R. (2013). Active Aging Promotion: Results from the Vital Aging Program. *Current Gerontology and Geriatrics Research*.
- Caputo, J.L., Rudolph, D.L. y Morgan, D.W (1988). Influence of positive life events on blood pressure in adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 115-129.
- Carr, D. S., Nesse, R. M., y Wortman, C. B. (2006). *Spousal bereavement in late life*. New York: Springer Publishing Company.
- Carstensen, L. L. (1987). Age-related changes in social activity. In L.L. carstensen y B. A. Edelstein (Eds.), *Handbook of clinical gerontology* (pp. 222-237). New York: Pergamon.
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and aging*, 7(3), 331.
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4(5), 151-156.
- Carstensen, L. L., Edelstein, B. A., y Dornbrand, L. (1996). *The practical handbook of clinical gerontology*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Carstensten, L. L. (1998). A life-span approach to social motivation. In J. Heckhausen y C. S. Dweck (Eds.), *Motivation and self-regulation across the life span* (pp. 341-364). New York: Cambridge University Press.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., y Charles, S. T. (1999). Taking time seriously. *American Psychologist*, 54(3), 165-181.
- Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mayr, U., y Nesselroade, J. R. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 644-655.
- Carstensen, L. L., y Mikels, J. A. (2005). At the intersection of emotion and cognition aging and the positivity effect. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 117-121.
- Carstensen, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312(5782), 1913-1915.
- Carver, C. S., y Scheier, M. F. (1981). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. New York: Springer-Verlag.
- Carver, C. S., y Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review*, 97, 19 35.
- Carver, C. S. y Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Carver, C. S., Sutton, S. K., y Scheier, M. F. (2000). Action, emotion, and personality: Emerging conceptual integration. *Personality and social psychology bulletin*, 26(6), 741-751.
- Caselli, G., Bortolai, C., Leoni, M., Rovetto, F., y Spada, M. M. (2008). Rumination in problem drinkers. *Addiction Research y Theory*, 16(6), 564-571.

- Cavan, R. S., Burgess, E. W., Havighurst, R. J., y Goldhamer, H. (1949). *Personal Adjustment in Old Age* (Chicago: Science Research Associates).
- Chambless, D. L., y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(1), 7-18.
- Chan D, Kwok K, Leung J, Yuen K, Choy D, Leung PC. (2011). Association between life events and change in depressive symptoms in Hong Kong Chinese elderly. *Journal of Affective Disorders*, 136, 963-970.
- Charles, S.T., Carstensen, L.L. (2007). Emotion regulation and aging. En: Gross, J.J., editor. *Handbook of emotion regulation* (pp. 307-327). New York: Guilford.
- Charles, S. T., y Carstensen, L. L. (2008). Unpleasant situations elicit different emotional responses in younger and older adults. *Psychology and aging*, 23(3), 495.
- Charles, S. T., y Piazza, J. R. (2009). Age Differences in Affective Well-Being: Context Matters. *Social and Personality Psychology Compass*, 3(5), 711-724.
- Charlton, R., Sheahan, K., Smith, G., y Campbell, I. (2001). Spousal bereavement—implications for health. *Family Practice*, 18(6), 614-618.
- Chen, J. H., Bierhals, A. J., Prigerson, H. G., Kasl, S. V., Mazure, C. M., y Jacobs, S. (1999). Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. *Psychological Medicine*, 29(2), 367-380.
- Chiriboga, D. A. (1989). The measurement of stress exposure in later life. *Aging, stress and health*, 13-41.
- Christakis, N. A., y Allison, P. D. (2006). Mortality after the hospitalization of a spouse. *New England Journal of Medicine*, 354(7), 719-730.
- Ciesla, J. A. y Roberts, J. E. (2007). Rumination, negative cognition, and their interactive effects on depressed mood. *Emotion*, 7, 555-565.
- Ciesla, J. A., Felton, J. W., y Roberts, J. E. (2011). Testing the cognitive catalyst model of depression: Does rumination amplify the impact of cognitive diatheses in response to stress?. *Cognition y Emotion*, 25(8), 1349-1357.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, S., y Williamson, G. M. (1991). Stress and infectious disease in humans. *Psychological Bulletin*, 109(1), 5.
- Cole, P. M., Martin, S. E., y Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child development*, 75(2), 317-333.
- Cole, M. G. y Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1147-1156.
- Comblain, C., D'Argembeau, A., y Van der Linden, M. (2005). Phenomenal characteristics of autobiographical memories for emotional and neutral events in older and younger adults. *Experimental aging research*, 31(2), 173-189.
- Compas, B.E., Davis, G.E., Forsythe, C.J., y Wagner, B.M. (1987). Assessment of major and daily stressful events during adolescence: The Adolescent Perceived Events Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 534-541.
- Conway, M., Csank, P.A.R., Holm, S.L., y Blake, C.K. (2000). On individual differences in rumination on sadness. *Journal of Personality Assessment*, 75, 404-425.

- Coon, D. W., y Gallagher-Thompson, D. (2002). Encouraging homework completion among older adults in therapy. *Journal of clinical psychology*, 58(5), 549-563.
- Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 27-35.
- Copeland, J. R. M. (1999). EURODEP Study-Reply. *British Journal of Psychiatry*, 175, 290-290.
- Costa, P. T., Zonderman, A. B., y McCrae, R. R. (1991). Personality, defense, coping, and adaptation in older adulthood. In E. M. Cummings, A. L. Greene y K. H. Karraker (Eds.), *Life-span developmental psychology: Perspectives on stress and coping* (pp. 277-293). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Costa, P. T., y McCrae, R. R. (1992). 'Normal' personality inventories in clinical assessment: General requirements and the potential for using the NEO Personality Inventory": Reply. *Psychological Assessment*, 4(1), 20-22.
- Crane, C., Barnhofer, T., y Williams, J. M. G. (2007). Cue self-relevance affects autobiographical memory specificity in individuals with a history of major depression. *Memory*, 15(3), 312-323.
- Crenshaw, D. (2006). Neuroscience and Trauma Treatment. In Carey, L. (Ed.), *Expressive and Creative Arts Methods for Trauma Survivors*, (pp. 21-38). Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers.
- Cribb, G., Moulds, M. L., y Carter, S. (2006). Rumination and Experiential Avoidance in Depression. *Behaviour Change*, 23(3), 165-176.
- Cukrowicz, K. C., Ekblad, A. G., Cheavens, J. S., Rosenthal, M. Z., y Lynch, T. R. (2008). Coping and thought suppression as predictors of suicidal ideation in older adults with personality disorders. *Aging and Mental Health*, 12, 149 - 157.
- Cummings, E., y Henry, W. E. (1961). *Growing old. The Process of Disengagement*. New York: Basic.
- Currier, J. M., Neimeyer, R. A., y Berman, J. S. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: a comprehensive quantitative review. *Psychological Bulletin*, 134(5), 648.
- Davidson, J. R. T., Hughes, D., Blazer, D. G., y George, L. K. (1991). Posttraumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. *Psychological Medicine*, 21, 713-721.
- Davis, C. G., y Jessen, A. (1982). A clinical report on group intervention in bereavement. *Journal of Psychiatric Treatment y Evaluation*, 4(1), 81-88.
- Davis, C., G., Nolen-Hoeksema, S. y Larson, J. (1998): Making sense of loss and benefiting from the experience: two construal of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 561-574.
- Davis, C.G., y Nolen-Hoeksema, S. (2001). Loss and meaning: How do people make sense of loss? *American Behavioral Scientist*, 44, 726-741.
- Davis, C. G., y McKearney, J. M. (2003). How do people grow from their experience with trauma or loss?. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22(5), 477-492.
- Deci, E. L., y Ryan, R. M. (1985). *Self-Determination*. John Wiley y Sons.
- Detweiler, J. B., y Whisman, M. A. (1999). The role of homework assignments in cognitive therapy for depression: Potential methods for enhancing adherence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(3), 267-282.
- Devanand, D. P., Kim, M. K., Paykina, N., y Sackeim, H. A. (2002). Adverse life events in elderly patients with major depression or dysthymic disorder and in healthy-control subjects. *The American journal of geriatric psychiatry*, 10(3), 265-274.

- Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C, Dierendonck D. (2008). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-77.
- Dickson, K. S., Ciesla, J. A., y Reilly, L. C. (2012). Rumination, worry, cognitive avoidance, and behavioral avoidance: Examination of temporal effects. *Behavior therapy*, 43(3), 629-640.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), 276.
- Diener, E., y Seligman, M. E. (2002). Very happy people. *Psychological science*, 13(1), 81-84.
- Dittman-Kohli, F. (2005). Self and identity. En M.J. Johnson (Ed.) *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp. 275-291). Cambridge: Cambridge University Press.
- Dobbie, M. y Mellor, D. (2008). Chronic illness and its impact: Considerations for Psychologists. *Psychology, Health y Medicine*, 13(5), 583-590.
- Dohrenwend, B. S., y Dohrenwend, B. P. (1974). *Stressful life events: Their nature and effects*. New York: Wiley.
- Dohrenwend, B. P. (1979). Stressful life events and psychopathology: some issues of theory and method. En J.E. Barret (Ed.), *Stress and mental disorder*. New York: Raven Press.
- Dohrenwend, B. S., y Dohrenwend, B. P. (1981). *Stressful life events: Their nature and their contexts*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Dohrenwend, B. S., Krasnoff, L., Askenasy, A. R., y Dohrenwend, B. P. (1982). The psychiatric epidemiology research interview life event scale. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 320-331). New York: Free Press.
- Dohrenwend, B. P., Levav, I., y Shrout, P. E. (1986). Screening scales from the Psychiatric Epidemiology Research Interview (PERI). En M. M. Weissman, J. K. Myers, y C. Ross (Eds.), *Community surveys of psychiatric disorders* (pp. 349-375). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Dohrenwend, B. (2000). The role of adversity and stress in psychopathology: Some evidence and its implications for theory and research. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 1-19
- Dohrenwend, B. P. (2006). Inventorying stressful life events as risk factors for psychopathology : Toward resolution of the problema of intracategory variability. *Psychological Bulletin*, 132(3), 477-495.
- Dohrenwend, B. P. (2010). Toward a typology of high-risk major stressful events and situations in posttraumatic stress disorder and related psychopathology. *Psychological injury and law*, 3(2), 89-99.
- Donaldson, C., y Lam, D. (2004). Rumination, mood and social problem-solving in major depression. *Psychological Medicine*, 34, 1309-1318.
- Dougher, M. J. y Hackbert, L. (1994). A behavior-analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures. *The Behavior Analyst*, 17, 321-334.
- Dulin, P. y Passmore, T. (2010). Avoidance of traumatic material mediates the relationship between accumulated lifetime trauma and late life depression and anxiety. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 296-300.
- Dunkel-Schetter, C., Folkman, S., y Lazarus, R. S. (1987). Correlates of social support receipt. *Journal of personality and social psychology*, 53(1), 71-80.

- Duval y Wicklund (1972) y Duval, S., y Wicklund, R. A. (1972). *A theory of objective self awareness*. New York: Academic Press.
- Echeburúa, E., De Corral, P., y Amor, P. J. (2005). La resistencia humana ante los traumas y el duelo. Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad, 337-359.
- Ehring, T., Frank, S., y Ehlers, A. (2008). The role of rumination and reduced concreteness in the maintenance of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Cognitive therapy and research*, 32(4), 488-506.
- Elders, M. A. (1995). Theory and present thinking in bereavement. *Issues in Psychoanalytic Psychology*, 17(1), 34-83.
- Ellis, A. (1957). Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 13, 344-350.
- Elosua P, Zumbo BD. (2008). Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuesta categórica ordenada. *Psicothema*, 20, 896-901.
- Engum, A. (2007). The role of depression and anxiety in onset of diabetes in a large population-based study. *Journal of psychosomatic research*, 62(1), 31-38.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and society*. New York: W.W. Norton.
- Erikson, E. (1963). *Identidad, juventud y crisis*. Madrid: Taurus humanidades.
- Erikson, E. (1982). *The life cycle completed: a review*. Nueva York: W.W. Norton.
- Erikson, E. H. (2000). *El ciclo vital completado*, 2ªed. Barcelona: Paidós.
- Eshun, S. (2003). Sociocultural determinants of suicide ideation: A comparison between American and Ghanaian college samples. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(2), 165-171.
- Fernandes, M., Ross, M., Wiegand, M., y Schryer, E. (2008). Are the memories of older adults positively biased?. *Psychology and aging*, 23(2), 297.
- Fernández-Ballesteros, R., Vizcarro, C., Souto, E., y Izal, M. (1987). Evaluación del estrés ambiental. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *El ambiente: análisis psicológico* (pp. 150-183). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Moya, R. M., Iñiguez, J. Í., y Zamarrón, M. D. (1999). *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M.G., Iñiguez, J. y García, L.F. (2004): Promoción del Envejecimiento activo: efectos del programa "Vivir con Vitalidad". *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 40, 150-161.
- Fernández-Ballesteros, R., Fernández, V., Cobo, L., Caprara, G., y Botella, J. (2010). Do Inferences about Age Differences in Emotional Experience Depend on the Parameters Analyzed?. *Journal of Happiness Studies*, 11(4), 517-521.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Quality of life in old age: Problematic issues. *Applied Research in Quality of Life*, 6(1), 21-40.
- Feskanich, D., Hastrup, J.L., Marshall, J.R., Colditz, C.A., Willett, W. C, Stampfer, M. J. (2002). Stress and suicide in the Nurses' Health Study. *Journal of Epidemiology y Community Health*, 56, 95-98.
- Fiske, A., Gatz, M., y Pedersen, N. L. (2003). Depressive symptoms and aging: the effects of illness and non-health-related events. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(6), 320-328.

- Fiske, A., Wetherell, J. L., y Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*, 5, 363.
- Flaxman, P. E., Blackledge, J. T., y Bond, F. W. (2011). *Acceptance and commitment therapy*. New York: Routledge.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Pieterse, M. E., y Schreurs, K. M. G. (2012). Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 42(3), 485-495.
- Foa, E. B. (2006). Psychosocial therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal Clinical Psychiatry*, 67(2), 40-45.
- Foa, E. B., y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B., y Jaycox, L. H. (1999). Cognitive-behavioral theory and treatment of posttraumatic stress disorder. En D. Spiegel (Ed.), *Efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy* (pp.23-61). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Foa, E. B., Stein, D. J., y McFarlane, A. C. (2006). Symptomatology and psychopathology of mental health problems after disaster. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(Suppl 2), 15-25.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., y Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 50(5), 992-1003.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., y Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and aging*, 2(2), 171.
- Folkman, S., y Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 21(3), 219-239.
- Folkman, S., y Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology*, 48(1), 150-170.
- Folkman, S., y Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of personality and social psychology*, 54(3), 466-475.
- Forman, E.M., & Herbert, J.D. (2009). New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. In W. O'Donohue & J.E. Fisher (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatment in your practice* (2nd ed., pp. 102-114). Hoboken, NJ: Wiley.
- Forstmeier S, Maercker A. (2007). Comparison of two diagnostic systems for complicated grief. *Journal of Affective Disorders*, 99, 203-211
- Forsyth, J. P., Parker, J. D., y Finlay, C. G. (2003). Anxiety sensitivity, controllability, and experiential avoidance and their relation to drug of choice and addiction severity in a residential sample of substance-abusing veterans. *Addictive Behaviors*, 28(5), 851-870.
- Fredrickson, B. (2009). *Positivity*. New York: Crown Publishers.
- Fredrickson, B. L., y Carstensen, L. L. (1990). Choosing social partners: How old age and anticipated endings make people more selective. *Psychology and aging*, 5(3), 335.
- Fredrickson, B. L., y Losada, M. F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *The American Psychologist*, 60(7), 678.
- Fried, L. P., Carlson, M. C., Freedman, M. M., Frick, K. D., Glass, T. A., Hill, M. J., ... y Zeger, S. (2004). A social model for health promotion for an aging population: initial evidence on the Experience Corps model. *Journal of Urban Health*, 81(1), 64-78.

- Gallo, L. C., Troxel, W. M., Matthews, K. A., y Kuller, L. H. (2003). Marital status and quality in middle-aged women: Associations with levels and trajectories of cardiovascular risk factors. *Health psychology-Hillsdale*, 22(5), 453-463.
- García-García, J. A., Landa, V., Prigerson, H., Echevarria, M., Grandes, G., Mauriz, A., Andollo, I. (2002). Adaptación al español del Inventario de duelo Complicado (IDC). *Medicina Paliativa*; 9 (Suppl 2), 10-1.
- Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events an stressed environments. *Peditaric Annals*, 20, 459-46.
- Garnefski, N., y Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual differences*, 40(8), 1659-1669.
- Garnefski, N., y Kraaij, V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141-149.
- Gaudiano, B. A., y Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 415-437.
- Gil, G., Martín, M., Agüera, L., Francés, I., Gayoso, M. J. y Sánchez, M. (2004). Guía de buena práctica clínica en Geriátría. Depresión y ansiedad. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.
- Gillanders, D., Bolderston, H., y Bond, F. (unpublished). Fusion Cognitive Questionnaire. Disponible en: <http://contextualpsychology.org/CFQ>.
- Giorgio, J. M., Sanflippo, J., Kleiman, E., Reilly, D., Bender, R. E., Wagner, C. A., ... y Alloy, L. B. (2010). An experiential avoidance conceptualization of depressive rumination: Three tests of the model. *Behaviour research and therapy*, 48(10), 1021-1031.
- Glass, R. M. (2005). Is Grief a Disease? Sometimes. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 293(21), 2658-2660.
- Gluhoski, V. L. (1995). A cognitive approach for treating trichotillomania. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4, 277-285.
- Goldin, P. R., McRae, K., Ramel, W., y Gross, J. J. (2008). The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. *Biological psychiatry*, 63(6), 577.
- Goldsmith, B., Morrison, R. S., Vanderwerker, L. C., y Prigerson, H. G. (2008). Elevated rates of prolonged grief disorder in African Americans. *Death Studies*, 32(4), 352-365.
- González de Rivera, J. L., Morera, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4, 7-11.
- Goodman, R. F., Morgan, A. V., Juriga, S., y Brown, E. J. (2004). Letting the story unfold: A case study of client-centered therapy for childhood traumatic grief. *Harvard review of psychiatry*, 12(4), 199-212.
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D., y Halpert, J. A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin*, 129, 447-466.
- Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E., McMahon, S. D., y Gipson, P. Y. (2004). Stressors and child and adolescent psychopathology: Measurement issues and prospective effects. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 412-425.
- Greve, W- y Staudinger, U.M, (2006). Resilience in later adulthood and old age: Resources and Potentials for successful aging. En D. Cicchetti and A. Cohen (Eds.). *Developmental Psychopathology* (2ª Ed., pp. 796-840). Hoboken, N.J: Wiley.

- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Gross, J. J. (1999). Emotion and emotion regulation. In L.A. Pervin y O.P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed.) (pp. 525-552). New York: Guilford.
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 214-219.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- Gross, J. J. y John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships and wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 384-632.
- Grühn, D., Scheibe, S., y Baltes, P. B. (2007). Reduced negativity effect in older adults' memory for emotional pictures: The heterogeneity-homogeneity list paradigm. *Psychology and aging*, 22(3), 644-649.
- Grühn, D., Smith, J., y Baltes, P. B. (2005). No aging bias favoring memory for positive material: evidence from a heterogeneity-homogeneity list paradigm using emotionally toned words. *Psychology and Aging*, 20(4), 579.
- Gunderson, E. K. E., y Rahe, R. H. (Eds.) (1974). *Life stress and illness*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Haight, B.K. (1988). The therapeutic role of a structures life review process in homebound elderly subjects. *Journal of Gerontology*, 43, 40-44.
- Haight, B.K. (1992). Long-term effects of a structures live review. *Journal of Gerontology*, 47, 312-315.
- Hamarat, E., Thompson, D., Steele, D., Matheny, K., y Simons, C. (2002). Age differences in coping resources and satisfaction with life among middle-aged, young-old, and oldest-old adults. *The Journal of genetic psychology*, 163(3), 360-367.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319.
- Hansson R, Stroebe M. (2007). Bereavement in late life. Washington: APA.
- Hansson, R.O., Remondet, J.H., Galusha, M. (1993). Old age and widowhood: issues of personal control and independence. En: M.S. Stroebe, W. Stroebe y R.O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 240-254). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hardison, H. G., Neimeyer, R. A. y Lichstein, K. L. (2005). Insomnia and complicated grief symptoms in bereaved college students. *Behavioral Sleep Medicine*, 3, 99-111.
- Harkness, K. L., Shear, M. K., Frank, E., y Silberman, R. A. (2002). Traumatic grief treatment: Case histories of 4 patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 1113-1120.
- Harvey, J. H. (2001). The psychology of loss as a lens to a positive psychology. *American Behavioral Scientist*, 44(5), 838-853.
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., y Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 62(10), 1097-1106.
- Havighurst, R.J. (1963): Dominant concerns in the life. In: Schenk-Danzinger, L., Thomae, H., *Gegenwartsprobleme der Entwicklungspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Havighurst, R.J. (1972). *Developmental tasks and education*. New York: David McKay



- Hay, E. L., y Diehl, M. (2011). Emotion complexity and emotion regulation across adulthood. *European Journal of ageing*, 8(3), 157-168.
- Hayes S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, M. V. y Strosahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 1152-1168.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An individual psychotherapy manual for the treatment of experiential avoidance*. Context Press.
- Hayes, S.C., Bisset, R.T., Strosahl, K.D., Wilson, K.D., Pistorello, J., Dykstra, T.A., et al (2000). Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). Non-published manuscript.
- Hayes, S. C., y Wilson, K. G. (2003). Mindfulness: Method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 161-165.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., y McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological record*, 54(4), 553-578.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., y Guerrero, L. F. (2005). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies?. *Behavior Therapy*, 35(1), 35-54.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (2011) *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd edition). New York: Guildford.
- Hayes, S., C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. y Pistorello, J. (2013). Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198.
- Heckhausen, J., Dixon, R. A., y Baltes, P. B. (1989). Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different adult age groups. *Developmental Psychology*, 25(1), 109.
- Heckhausen, J., y Schulz, R. (1993). Optimisation by selection and compensation: Balancing primary and secondary control in life span development. *International Journal of Behavioral Development*, 16(2), 287-303.
- Heckhausen, J. y Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102, 284 -304.
- Heckhausen, J. (2001). Adaptation and Resilience in Midlife. In M. Lachman (Ed.). *Handbook of midlife development*. Wiley series on adulthood and aging (pp. 345-394). New York, NY: John Wiley.
- Heckhausen, J., Wrosch, C., y Schulz, R. (2010). A motivational theory of life-span development. *Psychological review*, 117(1), 32.
- Helgelson, V., Reynolds, K.A. y Tomich, P.L. (2006). A meta-analytic review of Benefit Finding and Growth. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 74, 797- 806.
- Hensley, P. L. (2006a). A review of bereavement-related depression and complicated grief. *Psychiatric Annals*, 36(9), 618.
- Hensley, P. L. (2006b). Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief. *Journal of affective disorders*, 92(1), 117.

- Hensley, P.L., Slonimski, C.K., Uhlenhuth, E.H. y Clayton, P. J. (2009). Escitalopram: an open-label study of bereavement-related depression and grief. *Journal of Affective Disorder*, 113, 142-149.
- Hermans, H., y Evenhuis, H. M. (2012). Life events and their associations with depression and anxiety in older people with intellectual disabilities: Results of the HA-ID study. *Journal of affective disorders*, 138(1), 79-85.
- Hertel, P. T. (1998). Relation between rumination and impaired memory in dysphoric moods. *Journal of abnormal psychology*, 107(1), 166.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada* 59, 9-32.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el paél de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología Conductual*, 19, 347-372.
- Herzog, A. R., y Rodgers, W. L. (1981). Age and satisfaction Data from several large surveys. *Research on Aging*, 3(2), 142-165.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340
- Higgins, E. T. (1989). Self-discrepancy theory: What patterns of self-beliefs cause people to suffer. *Advances in experimental social psychology*, 22, 93-136.
- Hobson, C. J., Kamen, J., Szostek, J., Nethercut, C. M., Tiedmann, J. W., y Wojnarowicz, S. (1998). Stressful life events: A revision and update of the social readjustment rating scale. *International Journal of Stress Management*, 5(1), 1-23.
- Hofmann, S. G., y Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat?. *Clinical psychology review*, 28(1), 1.
- Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A. T., y Asnaani, A. (2009). How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behaviour research and therapy*, 47(5), 389-394.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., y Fang, A. (2010). The empirical status of the “new wave” of CBT. *The Psychiatric clinics of North America*, 33(3), 701.
- Hogan, B. E., y Linden, W. (2004). Anger response styles and blood pressure: At least don't ruminate about it!. *Annals of Behavioral Medicine*, 27(1), 38-49.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., y Vogel, W. H. (2003). Medical students' cognitive appraisal of stressful life events as related to personality, physical well-being, and academic performance: A longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 35(1), 219-235.
- Holmes T, Rahe R. 1967. The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*. 11(2), 213-218.
- Holmes, T. H., y Masuda, M. (1974) Life change and illness susceptibility. En B. S. Dohrenwend y R. P. Dohrenwend (Eds.). *Stressful life events: their nature and effects* (pp. 45-72). New York: Jhon Wiley.
- Horowitz, M. J., Marmar, C., Weiss, D. S., DeWitt, K. N., y Rosenbaum, R. (1984). Brief psychotherapy of bereavement reactions: The relationship of process to outcome. *Archives of General Psychiatry*, 41(5), 438.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., Marmar, C. y Krupnick, J. (1980). Pahtological grief and the activation of latent sefl images. *American Journal of Psychiatry*, 137(10), 1157-1162.
- Horowitz, M., Milbrath, C., Bonanno, G. A., Field, N., Stinson, C., y Holen, A. (1998). Predictors of complicated grief. *Journal of Personal y Interpersonal Loss*, 3(3), 257-269.

- Hove, O. y Havik, O. E. (2010). Developmental level and other factors associated with symptoms of mental disorders and problem behaviour in adults with intellectual disabilities living in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 105-113.
- Hulbert-Williams, L., Hastings, R. P. (2008). Life events as a risk factor for psychological problems in individuals with intellectual disabilities: a critical review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 883-895.
- Hull, A. M., Alexander, D. A., y Klein, S. (2002). Survivors of the Piper Alpha oil platform disaster: long-term follow-up study. *The British Journal of Psychiatry*, 181(5), 433-438.
- Hunt, M. G. (1998). The only way out is through: Emotional processing and recovery after a depressing life event. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4), 361-384.
- Isaacowitz, D. M., y Seligman, M. E. (2002). Cognitive style predictors of affect change in older adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 54, 233-253.
- Isaacowitz, D. M., Toner, K., Goren, D., y Wilson, H. R. (2008). Looking while unhappy mood-congruent gaze in young adults, positive gaze in older adults. *Psychological Science*, 19(9), 848-853.
- Ito, T., y Agari, I. (2003). The relationship between negative rumination trait and the Big Five of personality. *Japanese Journal of Counseling Science*, 36, 1-9.
- Jackson B, Nolen-Hoeksema S. (1998). The Emotion-Focused Coping Questionnaire. Manuscript in progress.
- Jacobs, S. C., Nelson, J. C., y Zisook, S. (1987). Treating depressions of bereavement with antidepressants. A pilot study. *The Psychiatric Clinics of North America*, 10(3), 501.
- Jacobs, S. C. (1993). *Pathologic grief: Maladaptation to loss*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Jacobson, N. S., y Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York: Norton.
- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B. y McGlinchey, J. B. (1999). Methods for Defining and Determining the Clinical Significance of Treatment Effects: Description, Application, and Alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 300-307.
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I., y Schwartz, G. E. R. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 11-21.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. Nueva York: Free Press.
- Jenaway, A. y Paykel E. S. (1997). Life events and depression. In A. Honig y H. M. Praag (Eds) *Depression: neurobiological, Psychopathological and Therapeutic Advances* (pp. 279-297). New York: Wiley y Sons.
- Jiménez, A. G. (2008). Resiliencia y vejez. Madrid. *Portal Mayores*. Lecciones de Gerontología, XV.
- Johansen, S. A. (2008). Cognitive features, self-management, and disability level associated with chronic back pain. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 69(2), 1333-1373.
- John, O. P., y Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of personality*, 72(6), 1301-1334.
- Johnson, D., P. y Whisman, M. A. (in press). Gender differences in rumination: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*.

- Johnson, S., L. (2005). Life events in bipolar disorder: Towards more specific models. *Clinical Psychology Review*, 25(8), 1008-1027.
- Johnson, S. L., McKenzie, G., y McMurrich, S. (2008). Ruminative responses to negative and positive affect among students diagnosed with bipolar disorder and major depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 32(5), 702-713.
- Joormann, J. (2006). Differential effects of rumination and dysphoria on the inhibition of irrelevant emotional material: Evidence from a negative priming task. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 149-160.
- Joormann, J., y Gotlib, I. H. (2008). Updating the contents of working memory in depression: Interference from irrelevant negative material. *Journal of abnormal psychology*, 117(1), 182.
- Jordan, J. R., y Neimeyer, R. A. (2003). Does grief counseling work?. *Death studies*, 27(9), 765-786.
- Just, N., y Alloy, L. B. (1997). The response styles theory of depression: tests and an extension of the theory. *Journal of abnormal psychology*, 106(2), 221.
- Kaiser, C.R., Major, B. y McCoy, S. (2004) Expectations about the future and the emotional consequences of perceiving prejudice. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(2), 173-184
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., y Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1301-1320.
- Kashdan, T. B., Breen, W. E., Afram, A., y Terhar, D. (2010). Experiential avoidance in idiographic, autobiographical memories: Construct validity and links to social anxiety, depressive, and anger symptoms. *Journal of anxiety disorders*, 24(5), 528.
- Kato, P. M., y Mann, T. (1999). A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinical psychology review*, 19(3), 275-296.
- Keister, K. J. (2006). Predictors of self-assessed health, anxiety, and depressive symptoms in nursing home residents at week 1 postrelocation. *Journal of Aging and Health*, 18(5), 722-742.
- Kendall, M. G., y Smith, B. B. (1939). The problem of m rankings. *The annals of mathematical statistics*, 10(3), 275-287.
- Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O., y Pedersen, N. L. (2006). A Swedish national twin study of lifetime major depression. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 109-114.
- Kennedy, Q., Mather, M., y Carstensen, L. L. (2004). The role of motivation in the age-related positivity effect in autobiographical memory. *Psychological Science*, 15(3), 208-214.
- Kenyon, G., Clark, P. y de Vries, B. (2001). *Narrative gerontology: Theory, research and practice*. New York: Springer.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., y Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kessler, R. C., Davis, C. G., y Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the U.S. national comorbidity survey. *Psychological Medicine*, 27, 1101-1119.
- Keyes, C. L., Shmotkin, D., y Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82(6), 1007-1022.
- Kisley, M. A., Wood, S., y Burrows, C. L. (2007). Looking at the Sunny Side of Life Age-Related Change in an Event-Related Potential Measure of the Negativity Bias. *Psychological Science*, 18(9), 838-843.

- Knight, B. G., y Poon, C. Y. (2008). Contextual Adult Life Span Theory for Adapting Psychotherapy with Older Adults. *Journal of Rational-Emotive y Cognitive-Behavior Therapy*, 26(4), 232-249.
- Kobau, R., Safran, M. A., Zack, M. M., Moriarty, D. G., y Chapman, D. (2004). Sad, blue, or depressed days, health behaviors and health-related quality of life, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 1995–2000. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(1), 40.
- Kohlenberg, R. J., y Tsai, M. (1991). Functional analytic psychotherapy (pp. 169-188). Springer US.
- Kowalski, S. D., y Bondmass, M. D. (2008). Physiological and psychological symptoms of grief in widows. *Research in nursing y health*, 31(1), 23-30.
- Kraaij, V., Arensman, E., Spinhoven, P., (2002). Negative life events and depression in elderly persons: a meta-analysis. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences* 57(1), 87–94.
- Kraaij, V., Pruymboom, E., y Garnefski, N. (2002). Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. *Aging y Mental Health*, 6(3), 275-281.
- Kraaij, V., Garnefski, N., Schroevers, M. J., Weijmer, J., y Helmerhorst, F. (2010). Cognitive Coping, Goal Adjustment, and Depressive and Anxiety Symptoms in People Undergoing Infertility Treatment A Prospective Study. *Journal of health psychology*, 15(6), 876-886.
- Krause, K. (2007). E-learning and the e-Generation: The changing face of higher education in the 21st Century. En J. Lockard y M. Pegrum (Eds.), *Brave new classrooms: Educational democracy and the internet* (pp.125-140). New York: Peter Lang Publishing.
- Krause, N., Shaw, B. A., y Cairney, J. (2004). A descriptive epidemiology of lifetime trauma and the physical health status of older adults. *Psychology and Aging*, 19(4), 637-648.
- Kring, A. M., y Sloan, D. M. (2010). *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Krishnan, K. R. R. (2002). Biological risk factors in late life depression. *Biological psychiatry*, 52(3), 185-192.
- Kwon, Y., Scheibe, S., Samanez-Larkin, G. R., Tsai, J. L., y Carstensen, L. L. (2009). Replicating the positivity effect in picture memory in Koreans: Evidence for cross-cultural generalizability. *Psychology and aging*, 24(3), 748.
- Labouvie-Vief, G., y Diehl, M. (1999). Self and personality development. In J. C. Cavanaugh y S. K. Whitbourne (Eds.). *Gerontology: Aninterdisciplinary perspective* (pp. 238–268). New York: Oxford
- Lam, D., Smith, N., Checkley, S., Rijdsdijk, F., y Sham, P. (2003). Effect of neuroticism, response style and information processing on depression severity in a clinically depressed sample. *Psychological Medicine*, 33, 469 – 479.
- Lane, J. D., y Wegner, D. M. (1995). The cognitive consequences of secrecy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 237-237.
- Lang, F. R. (2001). Regulation of social relationships in later adulthood. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(6), 321-326.
- Lantz, P.M., House, J.S., Mero, R.P., Williams, D.R., (2005). Stress, life events, and socioeconomic disparities in health: results from the Americans' Changing Lives Study. *Journal of Health and Social Behavior* 46(3), 274–288.
- Larsen, R. J., & Prizmic, Z. (2008). Regulation of emotional well-being: Overcoming the hedonic treadmill. In. E. Eid y R. Larsen (Eds.). *The science of subjective well-being* (258-289). New York: Gildord Press.

- Latham, A. E., y Prigerson, H. G. (2004). Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(4), 350-362.
- Latiegi, A. (1999). Prevención y tratamiento del duelo patológico. En W. Astudillo, C. Arrieta, C. Mendinueta y I. Vega de Seoane (Eds.). *La familia en la terminalidad*. Bilbao. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Laux, L., y Weber, H. (1991). Presentation of self in coping with anger and anxiety: An intentional approach. *Anxiety Research*, 3(4), 233-255.
- Lawton, M. P. (1996). Quality of life and affect in later life. In C. Magai y S. H. McFadden (Eds.). *Handbook of emotion, adult development and aging* (pp. 327-348). San Diego, CA: Academic Press.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., y Cohen, J. B. (1977). Environmental stress. In Human behavior and environment. In I. Altman y J. F. Wohlwi (Eds.). *Human Behavior and the Environment: Current Theory and Research*, (pp. 89-127). New York: Plenum.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. In M. L. Appley y R. Trumbull (Eds.), *Dynamics of stress* (pp. 63-80). New York: Plenum.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of personality*, 1(3), 141-169.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). The concept of coping. En A. Monat y R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology* (3rd ed., pp. 189-206). New York: Columbia University Press.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R. S. (1999). The cognition-emotion debate: A bit of history. In T. Dalgleish y M. J. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 3-19). Chichester, England: Wiley.
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 177-190.
- Lee, E. y Kessler, D. (1995). Bereavement care. *The British Journal of General Practice*, 45(401), 689.
- Leist, A. K., Ferring, D., y Filipp, S. H. (2010). Remembering Positive and Negative Life Events. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 23(3), 137-147.
- León, T. C., Nouwen, A., Sheffield, D., Jaumdally, R., y Lip, G. Y. (2010). Anger rumination, social support, and cardiac symptoms in patients undergoing angiography. *British journal of health psychology*, 15(4), 841-857.
- Lepore, S. J. (1997). Expressive writing moderates the relation between intrusive thoughts and depressive symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 73, 1030-1037.
- Lerebours, E., Gower-Rousseau, C., Merle, V., Brazier, F., Debeugny, S., Marti, R., y Benichou, J. (2007). Stressful life events as a risk factor for inflammatory bowel disease onset: a population-based case-control study. *The American journal of gastroenterology*, 102(1), 122-131.
- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., y Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior therapy*, 35(4), 747-766.
- Lieberman, D. (1978). Affective response of the analyst to the patient's communications. *The International journal of psycho-analysis*, 59(2-3), 335.

- Lichstein KL, Riedel B, Grieve R. (1994). Fair tests and clinical trials: A treatment implementation model. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 16, 1-29.
- Lichtenthal WG, Cruess DG, Prigerson HG (2004) A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychological Review*, 24, 637-662 20.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American journal of psychiatry*, 101(2), 141-148.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Linley, P. A., y Joseph, S. (Eds.). (2004). *Positive psychology in practice*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Liverant, G. I., Kamholz, B. W., Sloan, D. M., y Brown, T. A. (2011). Rumination in clinical depression: a type of emotional suppression?. *Cognitive therapy and research*, 35(3), 253-265.
- Lloyd, C. (2008). Los efectos de la diabetes sobre la depresión y de la depresión sobre la diabetes. *Diabetes Voice*, 53(1), 23-26.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., y Día, J. L. (1995). The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a southern European population: The Zaragoza study. *Archives of General Psychiatry*, 497-506.
- Lok, C. F., y Bishop, G. D. (1999). Emotion control, stress, and health. *Psychology and Health*, 14(5), 813-827.
- Losada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., Gallagher-Thompson, D., y Knight, B. G. (2007). Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología conductual*, 15(1), 57-76.
- Luciano, C. y Hayes, S.C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- Luciano, M.C. y Cabello, F. (2001). Trastorno de duelo y ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 313-324.
- Luminet IV, O., Bouts, P., Delie, F., Manstead, A. S., y Rimé, B. (2000). Social sharing of emotion following exposure to a negatively valenced situation. *Cognition y Emotion*, 14(5), 661-688.
- Lund, D.A., Caserta, M.S., Dimond, M.F. (1993). The course of spousal bereavement in later life. In: M. S. Stroebe, W. Stroebe, R.O. Hansson, (Eds.). *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp.240-254). New York: Cambridge University Press.
- Lunde, L.H. y Nordhus, I.H. (2009). Combining Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Chronic Pain in Older Adults. *Clinical Case Studies*, 8, 296-308.
- Luoma, J. B., y Hayes, S. C. (2003). *Cognitive defusion. Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*. New Jersey: John Wiley y Sons.
- Luoma, J., Hayes, S. C., y Walser, R. (2007). *Learning ACT*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Luxton, D. D., Ingram, R. E., y Wenzlaff, R. M. (2006). Uncertain self-esteem and future thinking in depression vulnerability. *Journal of social and clinical psychology*, 25(8), 840-854.
- Lyness, J. M., Conwell, Y., King, D. A., Cox, C., y Caine, E. D. (1997). Ruminative thinking in older inpatients with major depression. *Journal of affective disorders*, 46(3), 273-277.
- Lyubomirsky, S., and Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 339-349.

- Lyubomirsky, S., and Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 176-190.
- Lyubomirsky, S., Caldwell, N. D., y Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 166 -177.
- Lyubomirsky, S., Tucker, K. L., Caldwell, N. D., and Berg, K. (1999). Why ruminators are poor problem solvers: Clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1041-1060.
- Maddocks, I. (2003). Grief and bereavement. *Medical journal of Australia*, 179(6), S6-S7.
- Maddox, G. L. (1964). A Critical Evaluation. *The gerontologist*, 4(2), 80-82.
- Malkinson R. (2007). *Cognitive Grief Therapy: Constructing a Rational Meaning to Life Following Loss*. New York, NY: W. W. Norton.
- Marmar, C.R., Horowitz, M.J., Weiss, D.S., Wilner, N.R., Kaltreider, N.S.(1988). A controlled trial of brief psychotherapy and mutual-help group treatment of conjugal bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 145, 203-209.
- Maroto-Navarro, G., García-Calvente, M. D. M., y Mateo-Rodríguez, I. (2004). El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gaceta Sanitaria*, 18, 13-23.
- Márquez-González, M., Losada, A. y Pérez, G. (2005). Habilidades y conocimientos necesarios para trabajar con personas mayores. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 32.
- Márquez-González, M., Izal, M., Montorio, I. y Losada, A. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo de tres grupos de edad. *Psicothema*, 20(4), 616-622.
- Márquez-González, M. (2010). Nuevas herramientas para la intervención psicológica con personas mayores: la tercera generación de terapias conductuales. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45, 247-249.
- Márquez-González, M., Romero-Moreno, R. y Losada, A. (2010). Caregiving issues in a therapeutic context : New insights from the acceptance and commitment therapy approach. In N. Pachana, K. Laidlaw y Bob Knight (Eds.). *Casebook of Clinical Geropsychology: International Perspectives on Practice* (pp. 33-53). New York: Oxford. University Press.
- Márquez-González, M., Losada, A., Fernández-Fernández, V., and Pachana, N. (2012). *International Psychogeriatrics*, 24 (1), 137-144.
- Márquez-González, M., Fernández-Fernández, V., Romero-Moreno, R. y Losada, A. (2013). La terapia de aceptación y compromiso como procedimiento para optimizar las intervenciones potenciadoras del envejecimiento activo o exitoso. *Informació Psicológica*.
- Martin, L. L. y Tesser, A. (1989). Toward a motivational and structural theory of ruminative thought. In J.S. Uleman y J. A. Bargh (eds), *Unintended Thought* (pp. 306-326). New York: Guilford Press.
- Martin, L. L. y Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. En R. S. Wyer, Jr (Ed.), *Ruminative Thoughts* (pp. 1-46). Hillsdale, NJ. Lawrence Erlbaum.
- Martin, L.L., Shrira, I., y Startup, H.M. (2004). En C. Papageorgiou y A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: Nature, theory, and treatment* (pp. 153-176). New York: Wiley
- Martin, L.L., Tesser, A., McIntosh, W.D. (1993). Wanting but not having: the effects of unattained goals on thoughts and feelings. See Wegner y Pennebaker, pp. 552-72-



- Martire, L. M., Stephens, M. A. P., Druley, J. A., y Wojno, W. C. (2002). Negative reactions to received spousal care: Predictors and consequences of miscarried support. *Health Psychology Hillsdale*, 21(2), 167-176.
- Marx, B. P., y Sloan, D. M. (2005). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour Research and Therapy*, 43(5), 569-583.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being*. Princeton, Van Nostrand Reinhold.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychology*, 56, 227-238.
- Masten, A.S. y Coatsworth, J.D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environment: Lessons from successful children. *American Psychologist*, 53, 205-220.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F., y Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 477-485.
- Mather, M. (2012). The emotion paradox in the aging brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1251(1), 33-49.
- Mathiesen, K. S., Tambs, K., y Dalgard, O. S. (1999). The influence of social class, strain and social support on symptoms of anxiety and depression in mothers of toddlers. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 34(2), 61-72.
- Matthews G., y Wells A. (2004). Rumination, depression and metacognition: The S-REF model. In: Papageorgiou C. y Wells A., (Ed.), *Depressive rumination: Nature, theory y treatment*. Chichester, UK: Wiley.
- Matthews, G., Zeidner, M., y Roberts, R. D. (2002). Development and Schooling of Emotional Intelligence. Emotional Intelligence. Science y Myth. London: Massachusetts Institute of Technology.
- Mawson, D., Marks, I. M., Ramm, L., y Stern, R. S. (1981). Guided mourning for morbid grief: a controlled study. *The British Journal of Psychiatry*, 138(3), 185-193.
- Mayer, J. D., y Salovey, P. (1997). Emotional intelligence and the identification of emotional construction. *Intelligence*, 22, 89-113.
- McAdams, D.P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5, 100-122.
- McCracken, L. M., y Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour research and therapy*, 49(4), 267-274.
- McCrae, R. R., y Costa, P. T. (1988). Psychological Resilience Among Widowed Men and Women: A 10-Year Follow-up of a National Sample. *Journal of Social Issues*, 44(3), 129-142.
- McCrae, R. R., y Costa, P. T. (1991). Adding Liebe und Arbeit: The full five-factor model and well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17(2), 227-232.
- McIntosh, W. D., Harlow, T. F., y Martin, L. L. (1995). Linkers and nonlinkers: Goal beliefs as a moderator of the effects of everyday hassles on rumination, depression, and physical complaints. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1231-1244.
- McMillen, C., Zuravin, S. y Rideout, G. (1995). Perceived benefit from child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 1037-1043.
- Mellings, T., y Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: The effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour research and therapy*, 38(3), 243-257.

- Menaghan, E.G. (1982). Assessing the impact of family transition on marital experience. En H. I. McCubbin, A.E. Cauble, y J. M. Patterson (Eds.), *Family stress, coping and social support* (pp. 90-108). Springfield, IL:Thomas.
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., y Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38(3), 284-302.
- Merriman, A. (1984). Social customs affecting the role of elderly women in Indian society. En D. B. Bromley (ed.), *Gerontology: Social and Behavioural Perspectives*. Londres: Croom Helm.
- Metalsky, G. I., y Joiner, T. E. (1992). Vulnerability to depressive symptomatology: A prospective test of the diathesis-stress and causal mediation components of the hopelessness theory of depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 667-667.
- Metalsky, G. I., Joiner, T. E., Hardin, T. S., y Abramson, L. Y. (1993). Depressive reactions to failure in a naturalistic setting: A test of the hopelessness and self-esteem theories of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 101-101.
- Meyer, A. (1951). The life chart and the obligation of specifying positive data in psychopathological diagnosis. *The collected papers of Adolf Meyer*, 3, 52-56.
- Michael, S. T., y Snyder, C. R. (2005). Getting unstuck: The roles of hope, finding meaning, and rumination in the adjustment to bereavement among college students. *Death Studies*, 29(5), 435-458.
- Middleton, W., Burnett, P., Raphael, B., y Martinek, N. (1996). The bereavement response: a cluster analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 169(2), 167-171.
- Moberly, N.J., Watkins, E.R. (2008). Ruminative self-focus, negative life events, and negative affect. *Behavioral Research Therapy*, 46, 1034-39.
- Mojtabai, R., y Olfson, M. (2004). Major depression in community-dwelling middle-aged and older adults: prevalence and 2-and 4-year follow-up symptoms. *Psychological medicine*, 34(4), 623-634.
- Moncher, F. J., y Prinz, R. J. (1991). Treatment fidelity in outcome studies. *Clinical psychology review*, 11(3), 247-266.
- Monroe, S. M., y Harkness, K. L. (2005). Life stress, the "Kindling" hypothesis, and the recurrence of depression: Considerations from a life stress perspective. *Psychological Review*, 112, 417-445.
- Monroe, S.M. (2008). Modern approaches to conceptualizing and measuring human life stress. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 33-52.
- Morganett, R.S. (1995). Afrontar la aflicción y pérdida de los seres queridos. En R.S. Morganett. *Técnicas de intervención psicológica para adolescentes*. Barcelona. Martínez Roca.
- Morina, N. (2011). Rumination and avoidance as predictors of prolonged grief, depression, and posttraumatic stress in female widowed survivors of war. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(12), 921-927.
- Moser, G. y Uzzel, D. (2002). Environmental psychology. In: Millon, T., y Lerner, M.J. (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychology, Volume 5: Personality and Social Psychology*, New York: John Wiley y Sons.
- Moulds, M. L., Kandris, E., Starr, S., y Wong, A. (2007). The relationship between rumination, avoidance and depression in a non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 45(2), 251-261.

- Mroczek, D. K., y Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of personality and social psychology*, 75, 1333-1349.
- Murphy, H. J., Kelleher, W. E., Doucette, P. A., y Young, J. D. (1998). Test-retest reliability and construct validity of the Cognitive Style Index for business undergraduates. *Psychological Reports*, 82(2), 595-600.
- Murray, C. J., y Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349(9063), 1436-1442.
- Muthén, L.K. y Muthén, B.O. (2007). *Mplus User's Guide. Fifth Edition*. Los Angeles, CA: Muthén y Muthén.
- Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death studies*, 24(6), 541-558.
- Neimeyer, R. A., y Wogrin, C. (2008). Psychotherapy for complicated bereavement: a meaning-oriented approach. *Illness, Crisis, y Loss*, 16(1), 1-20.
- Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Mackay, M. M., y van Dyke Stringer, J. G. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: From principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 73-83.
- Neugarten, B. L. (Ed.). (1968). *Middle age and aging: A reader in social psychology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Newby, J. M., y Moulds, M. L. (2011). Characteristics of intrusive memories in a community sample of depressed, recovered depressed and never-depressed individuals. *Behaviour research and therapy*, 49(4), 234-243.
- Newson, R. S., Boelen, P. A., Hek, K., Hofman, A., y Tiemeier, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of affective disorders*, 132(1), 231-238.
- Nolan, S. A., Roberts, J. E., y Gotlib, I. H. (1998). Neuroticism and ruminative response style as predictors of change in depressive symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*, 22(5), 445-455.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, 259-282.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., y Fredrickson, B.L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 20-28.
- Nolen-Hoeksema, S., y Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, 7, 561-570.
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L., and Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressive mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 92-104.
- Nolen-Hoeksema, S., y Davis, C.G. (1999). "Thanks for sharing that": Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 801-814.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., y Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061-1072.
- Nolen-Hoeksema, S., y Larson, J. (1999). *Coping with loss*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Ruminative coping and adjustment to bereavement. In M. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, y H. A. W. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 545-562). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Nolen-Hoeksema, S. y Jackson, B. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly, 25*, 37-47.
- Nolen-Hoeksema, S., y Ahrens, C. (2002). Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. *Psychology and Aging, 17*(1), 116-124.
- Nolen-Hoeksema, S. y Harrel, Z. A. T. (2002). Rumination, depression and alcohol use: Test of gender differences. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Journal, 16*, 391-404.
- Nolen-Hoeksema, S. y Davis, C. G. (2005): Positive responses to loss: perceiving benefits and growth. En C. R. Snyder y S. J. López (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp.598-603). Oxford: Oxford University Press.
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., y Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(1), 198.
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., y Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 198-207.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B., and Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3*, 400-424.
- Nolen-Hoeksema, S. and Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences, 51*, 704-70.
- Nomen, L. (2007). *El duelo y la muerte: el tratamiento de la pérdida*. Madrid: Pirámide, 2007.
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*, 409-418.
- Norris, F. H., y Murrell, S. A. (1990). Social support, life events, and stress as modifiers of adjustment to bereavement by older adults. *Psychology and Aging, 5*(3), 429.
- O'Leary, V., Alday, C., y Ickovics, J. (1998). Models of life change and posttraumatic growth. In R. Tedeschi, C. Park, y L. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp.127-151). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Oatley, K., y Johnson-Laird, P. N. (1987). Towards a cognitive theory of emotions. *Cognition y Emotion, 1*, 29 -50.
- OMS (2002). Envejecimiento activo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud, CIE 10. Clasificación internacional de las enfermedades: Trastornos mentales y del comportamiento. 10ª ed. Zaragoza: Meditor, 1992.
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Enfermedades: trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10). Madrid: Meditor; 1994.
- Orrel, M. W y Davies, A.D.M (1994). Life events in the elderly. *International Review of Psychiatry, 6*, 59-71.

- Orsillo, S. M., Roemer, L. y Barlow, D. H. (2003). Integrating acceptance and mindfulness into existing cognitive-behavioral treatment for GAD: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 223-230.
- Ost, L. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and metaanalysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 296-321.
- Ott, C. H., Lueger, R. J., Kelber, S. T., y Prigerson, H. G. (2007). Spousal bereavement in older adults: Common, resilient, and chronic grief with defining characteristics. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(4), 332-341.
- Ouwehand, C., de Ridder, D. T., y Bensing, J. M. (2007). A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical psychology review*, 27(8), 873-884.
- Oviedo, H. C., y Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 572-80.
- Owen, D. M., Hastings, R. P., Noone, S. J., Chinn, J., Harman, K., Roberts, J. y Taylor, K. (2004). Life events as correlates of problema behavior and mental health in a residential population of adults with developmental disabilities. *Research in developmental Disabilities*, 25, 309-320.
- Ozer, D. J., y Benet-Martinez, V. (2006). Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annual Review of Psychology*, 57, 401-421.
- Pachana, N.A., Byrne, G.J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19, 103-14.
- Páez, D., Fernández, I., Ubillo, S., Zubieta, E. (2004): *Psicología social, cultura y educación*. Madrid: Pearson Educación.
- Páez, M. Gutiérrez, O., Valdivia, S. y Luciano, C. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso y la importancia de los valores en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 1-20.
- Páez, D., Basabe, N., Ubillos, S. y González, J. L. (2007) Social Sharing, Participation in Demonstrations, Emotional climate, and Coping with Collective Violence alter the March 11<sup>º</sup> Madrid bombings. *Journal of Social Issues*, 63, 207-323.
- Páez, D., Vázquez, C., Bosco, S., Gasparre, A., Iraurgi, I. y V. Sezibera (2011). Crecimiento post-estrés y post-trauma: posibles aspectos positivos y beneficiosos de la respuesta a los hechos traumáticos. En D. Páez, C. Martín Beristain, J. L. González, N. Basabe y J. De Rivera (Eds.), *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz* (pp. 311-339). Madrid: Fundamentos.
- Palmore E. (1979). Predictors of successful aging. *Gerontologist*, 19, 427-31.
- Papageorgiou, C. y Wells, A. (2000). Treatment of recurrent major depression with attention training. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 407-413.
- Papageorgiou, C. y Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 261-273.
- Papageorgiou, C., y Wells, A. (Eds.). (2004). *Depressive rumination: Nature, theory, and treatment*. New York: Wiley.
- Park, C. L. (1998). Stress-Related Growth and Thriving Through Coping: The Roles of Personality and Cognitive Processes. *Journal of social issues*, 54(2), 267-277.
- Park, C. L. (1999). The roles of meaning and growth in the recovery from posttraumatic stress disorder. In A. Maercker, M. Schuetzwohl, y Z. Solomon (Eds.), *Post-traumatic stress disorder: A lifespan developmental perspective* (pp. 249 -264). Goettingen, Germany: Hogrefe y

- HuberPark, C. L., Cohen, L. H., y Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64, 71-105.
- Park, C. L., y Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115-144.
- Parker, G. (1999). Wet Earth and Dreams. A Narrative of Grief and Recovery. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(8), 519-520.
- Parkes, C.M. (1972). *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life*. New York, International Universities Press.
- Parkes CM, Weiss RS (1983) *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books.
- Parkes, C. M. (1998). Coping with loss: Bereavement in adult life. *BMJ: British Medical Journal*, 316(7134), 856.
- Parkes, K. R. (1998). Psychosocial aspects of stress, health and safety on North Sea installations. *Scandinavian journal of work, environment y health*, 24, 321-333.
- Pasternak, R. E., Reynolds, C. F., Schlernitzauer, M., y Hoch, C. C. (1991). Acute open-trial nortriptyline therapy of bereavement-related depression in late life. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52(7), 307-310.
- Paykel, E. S. (1974). Life stress and psychiatric disorder: Applications of the clinical approach. En B. S. Dohrenwend y B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful life events: Their nature and effects* (pp. 135-149). New York: Wiley.
- Paykel, E., McGuiness, B., y Gomez, J. (1976). An Anglo-American comparison of the scaling of life events. *The British Journal of Medical Psychology*, 49 (3), 237-247.
- Paykel, E. S. (1978). Contribution of life events to causation of psychiatric illness. *Psychological Medicine*, 8(02), 245-253.
- Paykel, E., Emms, E. m., Fletcher, J., y Rassaby (E., S (1980). Life events and social support in puerperal depression. *The British Journal of Psychiatry*, 136, 339-346.
- Paykel, E. S. (1983). Methodological aspects of life events research. *Journal of Psychosomatic Research*, 27(5), 341-352.
- Paykel, E. S. (2001, January). Stress and affective disorders in humans. In *Seminars in clinical neuropsychiatry*, 6, No. 1, p. 4).
- Paykel, E. S. (2003). Life events and affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(s418), 61-66.
- Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of health and social behavior*, 30, 241-256.
- Pearlin, L. I. (2010). The life course and the stress process: Some conceptual comparisons. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(2), 207-215.
- Pearlin, L. I. y Skaff, M.M (1995). Stressors in adaptation in late life. En M. Gatz (Ed.), *Emerging issues in mental health and aging*. Washington. American Psychological Association.
- Pell, E. (1986). Depression in all age. *British Medical Journal*, 287, 375-376.
- Perkins, E. A., & Moran, J. A. (2010). Aging adults with intellectual disabilities. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 304(1), 91-92.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F., y Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. New York: Julian Press.

- Petkus, A., Gum, A., Wetherell, J. L. (2012). Thought suppression is associated with psychological distress in homebound older adults. *Depression and Anxiety*, 29(3), 219-225.
- Petkus, A.J. y Wetherell, J. L., (2013). Acceptance and commitment therapy with older adults: Rationale and considerations, *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(1), 47-56.
- Petrie, K. J., Booth, R. J., y Pennebaker, J. W. (1998). The immunological effects of thought suppression. *Journal of personality and social psychology*, 75, 1264-1272.
- Pinquart, M., y Sörensen, S. (2001). Gender Differences in Self-Concept and Psychological Well-Being in Old Age A Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological sciences and social sciences*, 56(4), P195-P213.
- Piper, W. E., McCallum, M., Joyce, A. S., Rosie, J. S., y Ogrodniczuk, J. S. (2001). Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. *International journal of group psychotherapy*, 51(4), 525-552.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., Weideman, R., y Rosie, J. S. (2007). Group composition and group therapy for complicated grief. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(1), 116-125.
- Piper WE, Ogrodniczuk JS, Joyce AS, Weideman R. (2011). *Short-Term Group Therapies for Complicated Grief: Two Research-Based Models*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pons, D., Atienza, F.L., Balaguer, I., y García-Merita, M.L. (2000). Satisfaction with life scale: analysis of factorial invariance for adolescents and elderly persons. *Perceptual and Motor Skills*, 91, 62-68
- Porensky, E. K., Dew, M. A., Karp, J. F., Skidmore, E., Rollman, B. L., Shear, M. K., y Lenze, E. J. (2009). The burden of late-life generalized anxiety disorder: effects on disability, health-related quality of life, and healthcare utilization. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 17(6), 473.
- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S., y Kupfer, D. J. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 22-30.
- Prigerson, H., Shear, M., Jacobs, S., Reynolds, C., III, Maciejewski, P., Davidson J. Rosenheck, R., Pilkonis, P.A., Wortman, C.B., Williams, J.B., Widiger, T.A., Frank, E., Kupfer, D.J. y Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73.
- Prigerson, S. J. H. (2000). Psychotherapy of traumatic grief: A review of evidence for psychotherapeutic treatments. *Death Studies*, 24(6), 479-495.
- Prigerson HG, Jacobs SC (2001) Diagnostic criteria for traumatic grief: a rationale, consensus criteria, and preliminary empirical test. En M. S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut (Eds). *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care* (pp 613-645). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Prigerson, H., Silverman, G., Jacobs, S., Maciejewski, P. K., Kasl, S. V., y Rosenheck, R. A. (2001). Traumatic grief, disability and the underutilization of health services: A preliminary examination. *Prim Psychiatry*, 8(5), 61-66.
- Prigerson, H. G., y Maciejewski, P. K. (2006). A call for sound empirical testing and evaluation of criteria for complicated grief proposed for DSM-V. *OMEGA--Journal of Death and Dying*, 52(1), 9-19.
- Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C., y Maciejewski, P. K. (2008). Acase for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. In M. Stroebe, R. Hansson, H. Schut, y W. Stroebe (Eds.), *Handbook of*

*bereavement research and practice: 21st century perspectives* (pp.165-186). Washington, DC: American Psychological Association.

Prigerson, Holly G., Mardi J. Horowitz, Selby C. Jacobs, Colin M. Parkes, Mihaela Aslan, Karl Goodkin, Beverley Raphael, Samuel J. Marwit, Camille Wortman, Robert A. Neimeyer, George Bonanno, Susan D. Block, David Kissane, Paul Boelen, Andreas Maercker, Brett T. Litz, Jeffrey G. Johnson, Michael B. First, and Paul K. Maciejewski. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for and . *PLoS Medicine* 6, no. 8: e1000121.

Pyszczynski, T., y Greenberg, J. (1987). Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: A self-awareness theory of reactive depression. *Psychological bulletin*, 102(1), 122-138.

Rabkin, J. G., y Struening, E. L. (1976). Life events, stress, and illness. *Science*, 194(4268), 1013-1020.

Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 51-60.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.

Rahe, R. H., y Arthur, R. J. (1978). Life change and illness studies: Past history and future directions. *Journal of Human Stress*, 4, 3-15.

Rahe, R. H. (1997). Estrés y psiquiatría. En h. I. Kaplan y B.J. Sadock (Eds.), *Tratado de psiquiatría*/VI, vol.3 (pp. 1469-1483). Buenos Aires: Inter-Médica.

Rahe, B., Ferrill, D. A., y Morris, A. P. (1998). Physical analog modeling of pull-apart basin evolution. *Tectonophysics*, 285(1), 21-40.

Ramel, W., Goldin, P. R., Carmona, P. E., y McQuaid, J. R. (2004). The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 433- 455.

Ravindran, A., Matheson, K., Griffiths, J., Merali, Z., Anisman, H. (2001). Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: A conceptual frame and emerging data. *Journal of Affective Disorder*; 71, 121-130.

Rector, N. A., y Roger, D. (1996). Cognitive style and well-being: A prospective examination. *Personality and individual Differences*, 21(5), 663-674.

Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., y Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 984-991.

Richards, J. M., y Gross, J. J. (2000). Emotion regulation and memory: The cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of personality and social psychology*, 79(3), 410-424.

Richards, J. M., Butler, E. A., y Gross, J. J. (2003). Emotion regulation in romantic relationships: The cognitive consequences of concealing feelings. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20(5), 599-620.

Riegel, K. F. (1976). The dialectics of human development. *American Psychologist*, 31(10), 689.

Roberts, J. E., Gilboa, E., y Gotlib, I. H (1998). Rumiative response style and vulnerability to episodes of dysphoria: Gender, neuroticism, and episode duration. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 401-423.

Robinson, L.A., y Alloy, L.B. (2003). Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: A prospective study. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 275-291.

Rodin, J. (1986). Aging and health: Effects of the sense of control. *Science*, 233, 1271-1276.



- Rodríguez Rodríguez, V., Rodríguez, L., Sancho Castiello, M., y Díaz Martín, R. (2012). Envejecimiento. La investigación en España y Europa. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 47(4), 174-179.
- Roelofs, J., Papageorgiou, C., Gerber, R. D., Huibers, M., Peeters, F., y Arntz, A. (2007). On the links between self-discrepancies, rumination, metacognitions, and symptoms of depression in undergraduates. *Behaviour research and therapy*, 45(6), 1295-1305.
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S., y Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance in generalized anxiety disorder: A preliminary conceptual model. *Cognitive Research and Therapy*, 29, 71-88.
- Roemer, L., Orsillo SM. (2007) An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, Vol 38(1), 72-85.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rojo, L., Livianos, L., Cervera, G., Domínguez, J.A. , Reig, M. J. (2001) The role of stress in the onset of depressive disorders. A controlled study in a Spanish clinical sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 592-598.
- Rosenbloom, C. A., y Whittington, F. J. (1993). The effects of bereavement on eating behaviors and nutrient intakes in elderly widowed persons. *Journal of Gerontology*, 48(4), S223-S229.
- Rosenthal, M. Z., Cheavens, J. S., Compton, J. S., Thorp, S. R. y Lynch, T. R. (2005). Thought suppression and treatment outcome in late-life depression. *Aging and Mental Health*, 9, 35-39.
- Rothbaum, F., Weisz, J. R., y Snyder, S. S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of personality and social psychology*, 42(1), 5.
- Rothermund, K., y Brandstädter, J. (2003). Coping with deficits and losses in later life: from compensatory action to accommodation. *Psychology and aging*, 18(4), 896.
- Rottenberg, J., y Gross, J. J. (2003). When emotion goes wrong: Realizing the promise of affective science. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 227-232.
- Rowe, J. W., y Kahn, R. L. (1987). *Human aging: usual and successful*. *Science*, 237(4811), 143-149.
- Rowe, J.W y Kahn, R.L (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A., y Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99(16), 2192-2217.
- Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166.
- Rybarczyk, B., y Auerbach, S. (1990). Reminiscence interviews as stress management interventions for older patients undergoing surgery. *Gerontologist*, 30, 522-528
- Ryff C. (1989) Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 57, 1069-81.
- Ryff, C. D. (1991). Possible selves in adulthood and old age: a tale of shifting horizons. *Psychology and aging*, 6(2), 286.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current directions in psychological science*, 4(4), 99-104.
- Ryff, C. y Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.

- Ryff, C. D., y Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39.
- Salovey, P., Mayer, J.D., Goldman, S.L., Turvey, C. y Palfai, T.P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed), *Emotion, Disclosure, y Health* (pp. 125-151). Washington: American Psychological Association.
- Salovey, P., Bedell, B.T., Detweiler, J.B., Mayer, J.D. (1999). Coping intelligently: Emotional intelligence and the coping process. En: C.R. Snyder, (Ed.). *Coping: The psychology of what works* (pp. 141-164). New York: Oxford
- Sandín (2008). *El estrés psicológico*. (2ªEd). Madrid: Editorial Klinik
- Sandín B, Chorot P. (1996). Evaluación del estrés psicosocial. En Buela-Casal G, Caballo V, Sierra JC editores. *Evaluación en psicología clínica* (pp.619-56). Madrid: Siglo XXI;
- Sansone, R. A. y Sansone, L.A. (2012). Rumination. Relationships with Physical Health. *Innovations in clinical neuroscience*, 9, 29-34.
- Sarason, I. G., Johnson, J. H., y Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the Life Experiences Survey. *Journal of consulting and clinical psychology*, 46(5), 932-946.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., Hacker, T. A., y Basham, R. B. (1985). Concomitants of social support: Social skills, physical attractiveness, and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(2), 469.
- Savage, G. (1993). *Applications of Carbon-carbon Composites*. Netherlands: Springer.
- Schaefer, I. A., y Moos, R. H. (1998). The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, y L. G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth.. Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 99-125). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schaie, K. W. (1967). Age changes and age differences. *The Gerontologist*, 7, 128-132.
- Scheibe, S. y Carstensen, L.L. (2010). Emotional aging: Recent findings and future trends. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 65, 135-144.
- Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A., y King, J. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *The Journal of Educational Research*, 99(6), 323-338.
- Schulz, R., y Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American psychologist*, 51, 702-714.
- Schulz, R., y Heckhausen, J. (1997). Emotion and control: A life-span perspective. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 17, 185-205.
- Schut, H., Stroebe, M., van den Bout. J. y Terheggen, M. (2001). The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. In: Stroebe M, Hansson R, Stroebe W, Schut H (Eds.): *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping and Care* (pp.705-737). Washington: APA,
- Schut, H., y Stroebe, M. S. (2005). Interventions to enhance adaptation to bereavement. *Journal of palliative medicine*, 8(1), 140-147.
- Schwartzberg, S. S., y Janoff-Bulman, R. (1991). Grief and the search for meaning: Exploring the assumptive worlds of bereaved college students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10(3), 270-288.

- Schweitzer, I., Tuckwell, V., O'Brien, J., y Ames, D. (2002). Is late onset depression a prodrome to dementia?. *International journal of geriatric psychiatry*, 17(11), 997-1005.
- Scully, J. A., Tosi, H., y Banning, K. (2000). Life event checklists: Revisiting the social readjustment rating scale after 30 years. *Educational and psychological measurement*, 60(6), 864-876.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. y Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Nueva York: Guilford.
- Segal, N. L., y Roy, A. (2001). Suicidal attempts and ideation in twins whose co-twins' deaths were non-suicides: replication and elaboration. *Personality and individual differences*, 31(3), 445-452.
- Seegerstrom, S. C. y Miller, G. E. (2004). Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601-630.
- Seegerstrom, S. C., Roach, A. R., Evans, D. R., Schipper, L. J., y Darville, A. K. (2010). The structure and health correlates of trait repetitive thought in older adults. *Psychology and aging*, 25(3), 505.
- Seligman, M. y Maier, S. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1-9.
- Seligman, M. E. P., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Selye, H. (1954). Interactions between systemic and local stress. *British Medical Journal*, 1(4872), 1167.
- Selye, H. (1954). Interactions between systemic and local stress. *British Medical Journal*, 1(4872), 1167.
- Sheier, M. F., Carver, C. S. y Bridges, M.W (2001): Optimism, pessimism, and psychological well-being. En E. C. Chang (Ed.) *Optimism and pessimism: implications for theory, research, and practice* (pp.189-216). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shear, M. K., Frank, E., Foa, E., Cherry, C., Reynolds, C. F., Vander Bilt, J., y Masters, S. (2001). Traumatic grief treatment: a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1506-1508.
- Shear, K., y Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology*, 47(3), 253-267.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., y Reynolds III, C. F. (2005). Treatment of complicated grief. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 293(21), 2601-2608.
- Shear, K., Monk, T., Houck, P., Melhem, N., Frank, E., Reynolds, C., et al. (2007). An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 453-461.
- Shira A., Shmotkin, D. y Litwin, H. (2012). Potentially traumatic events at different points in the Life Span and Mental health: Findings From SHARE-Israel. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82, 251-259.
- Silk, J. S., Steinberg, L., y Morris, A. S. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child development*, 74(6), 1869-1880.
- Simon, N. M., Thompson, E. H., Pollack, M. H., y Shear, M. K. (2007). Complicated grief: a case series using escitalopram. *The American journal of psychiatry*, 164(11), 1760.
- Simon, N. M., Shear, M. K., Fagiolini, A., Frank, E., Zalta, A., Thompson, E. H. y Silowash, R. (2008). Impact of concurrent naturalistic pharmacotherapy on psychotherapy of complicated grief. *Psychiatry research*, 159(1), 31-36.
- Simon, N. M., Wall, M. M., Keshaviah, A., Dryman, M. T., LeBlanc, N. J., y Shear, M. K. (2011). Informing the symptom profile of complicated grief. *Depression and anxiety*, 28(2), 118-126.

- Skinner, B. F. (1945). The operational analysis of psychological terms. *Psychological review*, 52(5), 270-277.
- Smiley, e., cooper, S. A., finlayson, j., Jackson, A., allan, L., Mantry, D., McGrother, C., Mcconnachie, A., Morrison, J. (2007). Incidence and predictors of mental ill-health in adults with intelectual disabilities: prospective study. *The British journal of Psychiatry*, 191, 313-319.
- Smith, C. A., y Lazarus, R. S. (1993). Appraisal components, core relational themes, and the emotions. *Cognition y Emotion*, 7(3-4), 233-269.
- Smith, E. R. (1999). Affective and cognitive implications of a group becoming part of the self: New models of prejudice and of the self-concept. In D. Abrams y M. A. Hogg (F. ds.), *Social identity and social cognition* (pp. 183-196). Oxford, England: Basil Blackwell.
- Smith, J.M., Alloy, L.B., y Abramson, L.Y. (2006). Cognitive vulnerability to depression, rumination, hopelessness, and suicidal ideation: Multiple pathways to self-injurious thinking. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 443-454.
- Smith, J. M., y Alloy, L. B. (2009). A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 116-128.
- Soriano, M. C. L., y Salas, M. S. V. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Starr, S., y Moulds, M. L. (2006). The role of negative interpretations of intrusive memories in depression. *Journal of Affective Disorders*, 93(1-3), 125-132.
- Staudinger, U. M. (2001). Life reflection: A social-cognitive analysis of life review. *Review of General Psychology*, 5(2), 148.
- Staudinger, U. M., y Lindenberger, U. (2003). *Understanding human development: Dialogues with lifespan psychology*. Dordrecht, the Netherlands: Kluwer Academic.
- Stevens J., (2002). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences* (4th ed). London: Lawrence Erlbaum:
- Stone, A. A., Marco, C. A., Cruise, C. E., Cox, D. S., y Neale, J. M. (1996). Are stress-induced immunological changes mediated by mood? A closer look at how both desirable and undesirable daily events influence sIgA antibody. *International Journal of Behavioral Medicine*, 3(1), 1-13.
- Stone, A. A., Schwartz, J. E., Neale, J. M., Shiffman, S., Marco, C. A., Hickcox, M., ... y Cruise, L. J. (1998). A comparison of coping assessed by ecological momentary assessment and retrospective recall. *Journal of personality and social psychology*, 74(6), 1670.
- Stroebe, M. (1992). Coping with bereavement: A review of the grief work hypothesis. *OMEGA--Journal of Death and Dying*, 26(1), 19-42.
- Stroebe, M. S. (1998). New directions in bereavement research: Exploration of gender differences. *Palliative Medicine*, 12(1), 5-12.
- Stroebe, E. M, y Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- Stroebe, M. S., y Schut, H. (2001). Risk factors in bereavement outcome: A methodological and empirical review. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, y H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research* (pp. 349-372). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, W., y Stroebe, M. S. (1987). *Bereavement and health*. New York: Cambridge University Press.

- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Stroebe, W. E., y Schut, H. E. (2001). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association.
- Stroebe, M., Stroebe, W., y Abakoumkin, G. (2005). The broken heart: suicidal ideation in bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2178-2180.
- Stroebe, M., Schut, H., y Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 370, 1960-1973.
- Sukhodolsky, D. G., Golub, A., y Cromwell, E. N. (2001). Development and validation of the anger rumination scale. *Personality and Individual Differences*, 31(5), 689-700.
- Sütterlin, S., Paap, M.C.S., Babic, S., Kübler, A., and Vögele, C. (2012). Rumination and age: some things get better. *Journal of Aging Research*.
- Tabachnick, B.G. and Fidell, L.S. (2001). *Using Multivariate Statistics*, (4<sup>o</sup> Ed.). Needham Heights: Allyn and Bacon.
- Tamres, L., Janicki, D., y Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 2-30.
- Tang, T. N., Oatley, K., y Toner, B. B. (2007). Impact of life events and difficulties on the mental health of Chinese immigrant women. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 9(4), 281-290.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., y Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., y Calhoun, L. G. (Eds.). (1998). Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (2004). "Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence". *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tennen, H. y Affleck, G. (2005). Benefit-finding and benefit-reminding. En C. R. Snyder y S. J. López (Eds), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 584-597). Oxford: Oxford University Press.
- Theorell, T., Svensson, J., Knox, S., Waller, D., y Alvarez, M. (1986). Young men with high blood pressure report few recent life events. *Journal of psychosomatic research*, 30(2), 243-249.
- Thompson, L. W., Breckenridge, J. N., Gallagher, D., y Peterson, J. (1984). Effects of bereavement on self-perceptions of physical health in elderly widows and widowers. *Journal of Gerontology*, 39(3), 309-314.
- Thompson, L. W., Gantz, F., Florsheim, M., DelMaestro, S., Rodman, J., Gallagher-Thompson, D. y Bryan, H. (1991). Cognitive-behavioral therapy for affective disorders in the elderly. In W. A. Myers (Ed.), *New techniques in the psychotherapy of older patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 59(2-3), 25-52.
- Thomsen, D. K., Yung Mehlsen, M., Christensen, S., y Zachariae, R. (2003). Rumination-relationship with negative mood and sleep quality. *Personality and Individual Differences*, 34(7), 1293-1301.
- Thomsen, D. K., Mehlsen, M. Y., Olesen, F., Hokland, M., Viidik, A., Avlund, K., y Zachariae, R. (2004). Is there an association between rumination and self-reported physical health? A one-year follow-up in a young and an elderly sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 27(3), 215-231.

- Thomsen, K. D. (2006). The association between rumination and negative affect: A review. *Cognition and Emotion*, 20(8), 1216-1235.
- Thuen, F., Reime, M. H., y Skrautvoll, K. (1997). The effect of widowhood on psychological wellbeing and social support in the oldest group of the elderly. *Journal of Mental Health*, 6, 265-274
- Torges, C. M., Stewart, A. J., y Nolen-Hoeksema, S. (2008). Regret resolution, aging, and adapting to loss. *Psychology and Aging*, 23(1), 169.
- Trapnell, P.D., y Campbell, J.D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 284-304.
- Treynor, W., Gonzalez, R., y Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 247-259.
- Tugade, M. M. y Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6(2), 320-333.
- Tull, M. T., Gratz, K.L., Salters, K. M. y Roemer, L. (2004). The Role of Experiential Avoidance in Posttraumatic Stress Symptoms and Symptoms of Depression, Anxiety, and Somatization. *Journal of Nervous y Mental Disease*, 192, 754-761.
- Turner, R. J., y Lloyd, D. A. (1995). Lifetime trauma and mental health: The significance of cumulative adversity. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 360-376.
- Turner, R. J., y Lloyd, D. A. (2004). Stress burden and the lifetime incidence of psychiatric disorder in young adults: Racial and ethnic contrasts. *Archives of General Psychiatry*, 61, 481-488.
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on Psychological Science*, 4(3), 236-255.
- Umberson, D., Wortman, C.B, Kessler, R. C. (1992). Widowhood and Depression: Explaining Gender Differences in Vulnerability. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 10-24.
- University Press. Labouvie-Vief, G., y Diehl, M. (2000). Cognitive complexity and cognitive-affective integration: Related or separate domains of adult development?. *Psychology and Aging*, 15(3), 490-504.
- Urz, R. L., Carr, D., Nesse, R. y Wortmann, C.B. (2002). The Effect of Widowhood on Older Adults' Social Participation An Evaluation of Activity, Disengagement, and Continuity Theories. *The Gerontologist*, 42, 522-533.
- Vaillant, G. E., y Mukamal, K. (2001). Successful aging. *American Journal of Psychiatry*, 158(6), 839-847.
- van der Houwen, K., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W. y van den Bout, J. (2010). Mediating processes in bereavement: The role of rumination, threatening grief interpretations, and deliberate grief avoidance. *Social Science y Medicine*, 71, 1669-1676.
- Van Dierendonck, D. (2005). The construct validity of Ryff's scale of psychological wellbeing and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individuals Differences*, 36, 629-44.
- Verkuil, B., Brosschot, J. F., Gebhardt, W. A., y Thayer, J. F. (2010). When worries make you sick: a review of perseverative cognition, the default stress response and somatic health. *Journal of Experimental Psychopathology*, 1, 87-118.
- Verkuil, B., Brosschot, J. F., Gebhardt, W. A., y Thayer, J. F. (2011). Perseverative cognition, psychopathology, and somatic health. En *Emotion regulation and well-being* (pp. 85-100). New York: Springer New York.

- Villar, F., Triadó, C., Solé, C. y Osuna, M. J. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(3), 152-162
- Villar, F. (2006). Historias de vida y envejecimiento. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 59. Lecciones de Gerontología, VII.
- Villar, F. (2012). Successful ageing and development: The contribution of generativity in older age. *Ageing y Society*, 32(7), 1087-1105.
- Vinkers, D.J., Gussekloo, J., Stek, M.L., Westendorp, R. G. y van der Mast, R. C (2004). The 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15) detects changes in depressive symptoms after a major negative life event. The Leiden 85-plus Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 80-84.
- Vogelzangs, N., Beekman, A. T. F., Kritchevsky, S. B., Newman, A. B., Pahor, M., Yaffe, K., et al. (2007). Psychosocial risk factors and the metabolic syndrome in elderly persons: findings from the Health, Aging and Body Composition study. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 62, 563-569.
- Von Känel, R., Dimsdale, J. E., Patterson, T. L., y Grant, I. (2003). Association of negative life event stress with coagulation activity in elderly Alzheimer caregivers. *Psychosomatic Medicine*, 65, 145-150.
- Wade, N. G., Vogel, D. L., Liao, K. Y. H., y Goldman, D. B. (2008). Measuring state-specific rumination: Development of the rumination about an interpersonal offense scale. *Journal of Counseling Psychology*, 55(3), 419.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C., y Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Studies*, 30(5), 429-453.
- Wakefield, J. C., Schmitz, M. F., First, M. B., y Horwitz, A. V. (2007). Extending the bereavement exclusion for major depression to other losses: evidence from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 64(4), 433-440-
- Wallace, K.A., Bisconti, T.L., y Bergman, C.S. (2001). The mediational effect of hardiness on social support and optimal outcomes in later life. *Basic y Applied Social Psychology*, 23(4), 269-279.
- Ward, A., Lyubomirsky, S., Sousa, L., y Nolen-Hoeksema, S. (2003). Can't quite commit: Rumination and uncertainty. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 96-107.
- Ward, L., Mathias, J. L., y Hitchings, S. E. (2007). Relationships between bereavement and cognitive functioning in older adults. *Gerontology*, 53(6), 362-372.
- Ware, J., y Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). *Medical Care*, 30, 473-483.
- Watkins, E. (2004). Appraisals and strategies associated with rumination and worry. *Personality and Individual Differences*, 37, 679-694
- Watkins, E., y Moulds, M. (2005). Distinct modes of ruminative selffocus: Impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression. *Emotion*, 5, 319-328.
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134, 163-206.
- Watson, J. B. (1994). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 101, 248-253. Publicado originalmente em 1913.
- Wegner, D.M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 34-52
- Wegner DM y Zanakos S (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640

- Wells, A. (1994). A multi-dimensional measure of worry: development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory. *Anxiety, Stress and Coping*, 6, 280-299.
- Wells, A. y Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion: A Clinical Perspective*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum.
- Wells, A. y Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorders: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881-888.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. New York: John Wiley y Sons.
- Wenzlaff RM y Wegner DM (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91.
- Wetherell, J. L., Kaplan, R. M., Kallenberg, G., Dresselhaus, T. R., Sieber, W. J., y Lang, A. J. (2004). Mental health treatment preferences of older and younger primary care patients. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34(3), 219-233.
- Wetherell, J. L., Afari, N., Ayers, C., Stoddard, J. A., Ruberg, J., Sorrell, J. T., et al. (2011). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior Therapy*, 42, 127-134.
- Wetherell, J. L. (2012). Complicated grief therapy as a new treatment approach. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14, 159-66.
- Wethington, E., Kessler, R. C., y Brown, G. W. (1993). *Training manual and technical report for the structured life events inventory*. Ithaca, NY: Life Course Institute, Cornell University.
- Wheaton, B. (1996) The domains and boundaries of stress concepts. En H.B. Kaplan (Ed.), *Psychosocial stress* (pp. 29-70). San Diego, CA: Academic Press.
- Wills, T. A. (1986). Stress and coping in early adolescence: Relationships to substance use in urban school samples. *Health Psychology*, 5(6), 503.
- Wilson, K.G. y Murrell, A.R. (2004). Values work in acceptance and commitment therapy: setting a course for behavioral treatment. En: S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (Eds.). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 120-151). New York: Guilford.
- Wilson, K.G. y Luciano M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., y van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 31(1), 69-78.
- Worden, J.W. (1997). *El tratamiento del duelo*. Barcelona: Paidós.
- Wortman, C. B., y Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(3), 349-357.
- Yalom, I.D y Lieberman, M.A. (1991). Bereavement and heightened existential awareness. *Interpersonal and Biological Processes*, 54(4), 334-345.
- Yoshiuchi, K., Inada, S., Nakahara, R., Akabayashi, A., Park, H., Park, S., Shephard, R.J. y Aoyag, Y. (2010). Stressful life events and habitual physical activity in older adults: 1-year accelerometer data from the Nakanojo Study. *Mental Health an Physical Activity*, 3, 23-25.
- Zamarrón, M.D. (2006). El bienestar subjetivo en la vejez. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, (52).



- Zettle, R. D., y Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30-38.
- Zettle, R. D., y Rains, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 438-445.
- Zettle, R. D. y Rains, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 436-45.
- Zettle, R. D., Petersen, C. L., Hocker, T. R., y Provines, J. L. (2007). Responding to a challenging perceptual-motor task as a function of level of experiential avoidance. *The Psychological Record*, 57, 49-62.
- Zettle, R. D., Barner, S. L., y Gird, S. (2009). ACT with depression: The role of forgiving. In J. T. Blackledge, J. Ciarrochi, y F. Deane (Eds.), *Acceptance and commitment therapy: Current directions* (pp. 151- 173). Bowen Hills QLD: Australian Academic Press.
- Zettle, R., Rains, J.C. y Hayes, S.C, (2011). Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: a mediation reanalysis of Zettle and Rains. *Behavior modification*, 35, 265-83.
- Zhang, B., El-Jawahri, A., y Prigerson, H. G. (2006). Update on bereavement research: Evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated bereavement. *Journal of palliative medicine*, 9(5), 1188-1203.
- Zisook, S. y Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, 8, 67-74.
- Zoccala, P.M. (2010). Prolonging the physiological stress response: the role of rumination and recall. *Dissertation Abstracts International*, 71, 3921.
- Zoellner, T. y Maercker, A. (2006). Post-traumatic growth in clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 26, 626-653.
- Zubin, J., y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 86(2), 103-126.
- Zygmunt, M., Prigerson, H. G., Houck, P. R., Miller, M. D., Shear, M. K., Jacobs, S., y Reynolds 3rd, C. F. (1998). A post hoc comparison of paroxetine and nortriptyline for symptoms of traumatic grief. *The Journal of clinical psychiatry*, 59(5), 241.



# **ANEXOS**

---



## **ANEXO 1**

# **Escala de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales (EEIPSV)**

---



**Instrucciones:**

A continuación, se muestran unas preguntas sobre algunos **ACONTECIMIENTOS VITALES IMPORTANTES**. Estos acontecimientos se muestran en la 1º COLUMNA:

- Si algún acontecimiento **NO LE HA OCURRIDO**, por favor, señálelo en la 2º COLUMNA, rodeando con un círculo **"NO"** y NO CONTESTE a las siguientes columnas, podrá continuar con el siguiente acontecimiento.
  
- Si estos acontecimientos **SI LE HAN OCURRIDO**, por favor, señálelo en la 2º COLUMNA rodeando con un círculo **"SI"**, y a continuación, RESPONDA A LAS PREGUNTAS que se muestran en las COLUMNAS SIGUIENTES, rodeando con un círculo la respuesta que considere oportuna en cada caso.

[illegible]



## **ANEXO 2**

### **Protocolo de evaluación Estudio 1**



## Variables sociodemográficas

<b>EDAD:</b> _____años	<b>SEXO:</b>	Mujer 1	Hombre 2
------------------------	--------------	------------	-------------

<b>ESTADO CIVIL</b>	Casado	Viudo	Soltero	Divorciado	Separado
---------------------	--------	-------	---------	------------	----------

**¿Cuántos AÑOS ha estudiado** aproximadamente (colegio, instituto, estudios profesionales y/o universidad) hasta la fecha? ..... **años**

- ¿Considera que sus **condiciones ECONÓMICAS** actuales son **SUFICIENTES** para afrontar adecuadamente el día a día?

☐ **Sí**      ☐ **No**

## Variables relacionadas con la salud

**Salud percibida** (SF-36; Alonso et al., 1995)

<b>Muy buena</b>	<b>Buena</b>	<b>Normal</b>	<b>Mala</b>	<b>Muy mala</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vitalidad** (SF-36; Alonso et al., 1995)

	Nunca	Solo alguna vez	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
1. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Función física** (SF-36; Alonso et al., 1995)

	No, no me limita nada	Sí, me limita un poco	Sí, me limita mucho
1. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	No, no me limita nada	Sí, me limita un poco	Sí, me limita mucho
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Variables relacionadas con el malestar emocional

### Sintomatología depresiva (CES-D, Radolf, 1977)

	Raramente o nunca (menos de 1 día)	Alguna vez o pocas veces (1 o 2 días)	Ocasional- mente o varias veces (3 o 4 días)	Todo el tiempo (5-7 días)
1-Me molestaron cosas que habitualmente no me molestan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-No tuve hambre; tenía poco apetito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-Sentía que no podía librarme de la tristeza incluso con la ayuda de mi familia o amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-Sentí que era, al menos, tan bueno como otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-Tuve problemas para concentrarme en lo que hacía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-Me sentí deprimido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8-Me sentí optimista sobre el futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9-Pensé que mi vida había sido un fracaso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Me sentí temeroso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Mi sueño era inquieto, no descansaba.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Estaba contento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Hablaba menos de lo habitual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Me sentí solo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Raramente o nunca (menos de 1 día)	Alguna vez o pocas veces (1 o 2 días)	Ocasional- mente o varias veces (3 o 4 días)	Todo el tiempo (5-7 días)
15- La gente me resultaba antipática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- Disfruté la vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17- Lloré en ocasiones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18- Me sentí triste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19- Sentí que no le gustaba a la gente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20- No tenía ganas de nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ansiedad** (GAI;Pachana et al., 2007)

	SI	NO
1. Me paso mucho tiempo preocupado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me resulta difícil tomar una decisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A menudo me siento asustadizo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me resulta difícil relajarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A menudo no puedo disfrutar de las cosas debido a mis preocupaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Las pequeñas cosas me molestan mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A menudo siento hormigueo en mi estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me considero una persona preocupadiza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. No puedo evitar preocuparme por cosas triviales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. A menudo me siento nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mis propios pensamientos me hacen sentir ansioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tengo molestias de estómago debido a mis preocupaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me considero una persona nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Siempre anticipo que ocurrirá lo peor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO
15.A menudo me siento tembloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.Creo que mis preocupaciones interfieren en mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.Mis preocupaciones me sobrepasan con frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.Algunas veces siento un gran nudo en mi estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.Me pierdo cosas porque me preocupo mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.A menudo me siento alterado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Bienestar psicológico (Ryff, 1989)

[illegible]

[illegible]



[illegible]



	Totalmente en DESA- CUERDO	En desa- cuerdo	Ligeramen- te en desa- cuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuer- do	Ligera- mente de acuer- do	De acuerdo	Total- mente DE ACUER- DO
2. Las condiciones de mi vida son excelentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estoy satisfecho/a con mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hasta ahora, he conseguido las cosas que me importan realmente en la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si volviera a vivir, creo que no cambiaría casi nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Variables relacionadas con el la regulación emocional

**Estilo rumiativo** (RRS; Jackson y Nolen-Hoeksema, 2000)

Las personas nos diferenciamos, entre otras cosas, en lo que pensamos y hacemos cuando estamos tristes, abatidas o melancólicas. Por favor, lea atentamente cada una de las afirmaciones que aparecen a continuación y, tras cada una de ellas, indique la

frecuencia con la que piensa o actúa de esa manera **SIEMPRE QUE SE ENCUNTRE TRISTE, ABATIDO O MELANCÓLICO**. Por favor, piense en cómo se comporta, no en cómo cree que debería comportarse:

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
1. Piensa en lo solo/a que te sientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Piensa en sus sentimientos de cansancio y dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Piensa en lo difícil que le resulta concentrarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Piensa en lo apático/a y desganado/a que se siente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Piensa: "¿Por qué no puedo seguir adelante?"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Piensa en una situación negativa reciente, deseando que las cosas hubieran ido mejor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Piensa en lo triste que se siente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Piensa en todos sus fracasos, sus fallos, sus errores y defectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Piensa en lo poco que le apetece hacer nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Piensa: "Pero, ¿por qué no puedo manejar mejor las situaciones?"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Evitación experiencial** (AAQ, Hayes et al., 2000)

[illegible]

## **ANEXO 3**

### **Entrevista telefónica Estudio 2**

---

**Nombre:**\_\_\_\_\_

**Edad:**\_\_\_\_\_

**Estado civil:**\_\_\_\_\_

Entendemos que, por su interés en participar en este programa, usted ha sufrido la pérdida de algún ser querido, por la que ahora tenga algún tipo de malestar psicológico, en ese caso:

- ¿De qué familiar se trata?\_\_\_\_\_
- ¿Cuánto tiempo hace?\_\_\_\_\_
- ¿Siente hoy por hoy algún malestar psicológico importante en relación a dicha pérdida?\_\_\_\_\_
- Este malestar en relación a esa pérdida, ¿Le interfiere y/o le dificulta de alguna forma llevar con normalidad su vida cotidiana o su día a día?  
\_\_\_\_\_
- ¿le interesaría conocer alguna estrategia que le facilitase afrontar esta pérdida?\_\_\_\_\_

¿Ha recibido en alguna ocasión ayuda psicológica? Si ☐ No ☐

En este momento, está recibiendo alguna ayuda psicológica? Si ☐ No ☐

En el pasado, ¿ha recibido alguna ayuda psicológica? Si ☐ No ☐

En la actualidad, está tomando algún tipo de medicamento para...

	Sí	No	¿Cuál?	¿Desde hace cuánto tiempo?
<b>Ansiedad</b>				
<b>Depresión</b>				
<b>Otros problemas psicológicos</b>				





## **ANEXO 4**

### **Protocolo de evaluación Estudio 2**



## 1. Crecimiento personal (ECP) y pensamiento rumiativo asociado a sucesos vitales (EPR)

SUCEOS VITALES	¿Hasta qué punto ha EXTRAÍDO ALGO POSITIVO (aprendizaje, crecimiento personal) de esta experiencia?				¿Con qué frecuencia le vienen a la cabeza recuerdos y pensamientos sobre este acontecimiento provocándole MALESTAR o AMARGURA?			
	Nad a	Alg o	Bastant e	Much o	Nunc a	Algún a vez	Bastant e	Much o
Fallecimiento cónyuge (-)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallecimiento de otro familiar cercano (-)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Señalar evento específico ocurrido

## 2. Malestar asociada a la pérdida

¿Hasta qué punto cree que esa pérdida le produce un *malestar emocional* hoy por hoy?

Ningún malestar						Malestar extremo				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## 3. Interferencia en la vida cotidiana:

¿Hasta qué punto cree que este malestar le interfiere en el desarrollo normal de su vida cotidiana?. Señale específicamente cuánto malestar le produce por las siguientes razones:

- "He dejado de hacer cosas porque ya no me apetece hacer nada" (*el malestar general es tan intenso que no tiene ganas de hacer nada (por ejemplo, actividades agradables, reuniones sociales...)*)

Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- "He dejado de hacer actividades porque haciendo esas actividades me acuerdo mucho de esa persona, y lo paso mal":

Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- “He dejado de hacer actividades porque antes las hacía con esa persona, y ahora no tiene sentido hacerlas sin él/ella, o simplemente, no se pueden hacer sin él/ella”:

Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

#### 4. Aceptación de la pérdida:

*Teniendo en cuenta todas estas experiencias que acaba de decirnos: ¿Hasta qué punto cree que ha asumido esa pérdida hoy por hoy?*

Nada en absoluto						Totalmente aceptada				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## Información cualitativa

### 1. Análisis funcional (ACT):

- Con qué relaciona el problema
- Cuál es el problema (según paciente)
- Qué hace o ha hecho para resolverlo:
- Resultados:
  - A corto plazo:
  - A medio plazo:
  - A largo plazo:

**2. Entrevista semiestructurada: explorar el cumplimiento de criterios para duelo complicado (Prigerson, et al., 1999; Adaptación española llevada a cabo por García-García et al.; 2002):**

<p><b>Criterio A:</b> Estrés por la separación afectiva que conlleva la muerte Presentar cada día o en grado acusado 3 de los cuatro síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pensamientos intrusivos (que entran en la mente sin control) acerca del fallecido.</li> <li>2) Añoranza (recordar su ausencia con enorme y profunda tristeza) del fallecido.</li> <li>3) Búsqueda (aun sabiendo que está muerto) del fallecido.</li> <li>4) Sentimientos de soledad como resultado del fallecimiento.</li> </ol>
<p><b>Criterio B:</b> Estrés por el trauma psíquico que supone la muerte Presentar cada día o en grado acusado, y como consecuencia del fallecimiento, 4 de los ocho síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Falta de metas y/o tener la sensación de que todo es inútil respecto al futuro.</li> <li>2) Sensación subjetiva de frialdad, indiferencia y/o ausencia de respuesta emocional.</li> <li>3) Dificultad para aceptar la realidad de la muerte.</li> <li>4) Sentir que la vida está vacía y/o que no tiene sentido.</li> <li>5) Sentir que se ha muerto una parte de sí mismo.</li> <li>6) Asumir síntomas y/o conductas perjudiciales del fallecido, o relacionadas con él.</li> <li>7) Excesiva irritabilidad, amargura, y/o enfado en relación con el fallecimiento.</li> <li>8) Tener alterada la manera de ver e interpretar el mundo.</li> </ol>
<p><b>Criterio C:</b> Cronología La duración del trastorno (los síntomas de los criterios A y B) es de al menos 6 meses.</p>

